

L'ODONTOLOGIE

CHATEAUROUX. — TYP. ET STÉRÉOTYP. A. MAJESTÉ

PF 92

12e Année. Vol. XII

L'ODONTOLOGIE

REVUE MENSUELLE

DE CHIRURGIE ET DE PROTHÈSE DENTAIRES

Organe de l'Association générale des Dentistes de France, de l'École dentaire de Paris et de la Société d'Odontologie de Paris

---

TOME XII

RÉDACTION ET ADMINISTRATION :

A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS, 57, rue Rochechouart

Vol. 12. Paris, Janvier 1892 N° 1.

L'ODONTOLOGIE

PÉRIODONTITE EXPULSIVE OU OSTÉO-PÉRIOSTITE ALVÉOLO-DENTAIRE

Par M. Paul Dubois.

Professeur à l'École dentaire de Paris.

DÉFINITION.

Dégénérescence atrophique de la membrane alvéolodentaire déterminant la chute précoce des dents.

Synonymes. — Pyorrhée inter-alvéolo-dentaire (Toirac), gingivite expulsive (Marchal de Calvi), ostéo-périostite alvéolo-dentaire, puis arthrite alvéolaire symptomatique (Magitot); gingivite arthro-dentaire infectieuse (Galippe), pyorrhée alvéolaire, maladie de Riggs (auteurs américains), périodontite expulsive (Andrieu, Malassez Richer).

Nous adopterons ce dernier terme, celui d'ostéo-périostite alvéolo-dentaire a été abandonné par son inventeur lui-même. On ne peut classer cette affection parmi les gingivites, car la lésion gingivale est secondaire relativement à la chronologie et à l'importance. On ne peut la dire infectieuse,.car le rôle initial et prépondérant des micro-organismes ou d'un agent contagieux n'est nullement établi. La pyorrhée alvéolaire est constante à une certaine phase de l'affection, mais simple épiphénomène, elle n'est pas caractéristique; la désignation d'arthrite-alvéolaire est séduisante, mais elle repose sur une théorie histologique encore insuffisamment étayée. Pour ces raisons, la dénomination adoptée par Andrieu et Malassez nous semble moins critiquable, car elle indique le siège de la maladie et son phénomène essentiel. Elle pourrait, pensons-nous, mettre fin à une confuse querelle de mots et être adoptée définitivement.

Etiologie. — Elle est aussi controversée que la dénomination et les causes locales et générales ont été tour à tour invoquées comme causes efficientes.

Causes exclusivement locales : Tartre, extension de la gingivite : Tartre, (auteurs américains). Traumatisme, (Desprès). Contage, (Galippe). Désordres de voisinage : Complication du catarrhe nasal, pharyngien, (auteurs américains, Atkinson. Patterson).

Causes générales : Arthritisme, diabète, troubles trophiques, (Marchal de Calvi, Magitot, Aguilhon de Sarran). Dyspepsie, (auteurs américains).

Causes locales et générales : Dents très minéralisées, sénilité pré-

coce des organes tégumentaires, inflammations graves et antérieures du tissu gingival et des alvéoles. Le traumatisme et certaines diathèses sont des causes adjuvantes. (P. Dubois).

Causes exclusivement locales. — *Le tartre, la gingivite.* — Le premier se constate souvent dans les périodes moyenne et avancée de l'affection, mais le plus souvent il manque au début. On peut même dire qu'en général, lors des prodromes, il est en moins grande quantité que chez les individus n'ayant pas de périodontite, et que, dans la période d'état, il est bien moins abondant que dans la gingivite. Parfois les dents sont recouvertes à la couronne d'un peu de tartre mou ; parfois, au-dessous du collet, on rencontre un liseré de tartre noir et dur, mais sans que dans l'un et l'autre cas le dépôt salivaire ait une grande épaisseur et une grande étendue. La confusion vient de ce qu'on confond souvent la gingivite et la périodontite ou de ce qu'on n'observe celle-ci qu'à sa période avancée.

Le tartre complique la périodontite, comme il complique toutes les affections des gencives et des alvéoles; il s'observe conjointement avec elle, cela n'est pas douteux. Comment, d'ailleurs, en serait-il autrement, puisqu'elle crée une difficulté masticatoire et diminue l'attrition alimentaire, puisqu'il en résulte un décollement du bord libre de la gencive ? Malgré cela le tartre manque le plus souvent au début et ne se montre qu'exceptionnellement en abondance. Enfin sa disparition n'entraîne pas la guérison, contrairement à ce qui se passe dans la gingivite. Cela démontre, pensons-nous, qu'il n'est qu'un facteur secondaire.

Ce que nous venons de dire du tartre s'applique à la gingivite simple qui est sans rapport avec la périodontite expulsive. La pyorrhée des alvéoles, dans la gingivite, a des caractères bien différents de ceux de la périodontite et beaucoup d'auteurs, notamment les américains, confondent à tort les deux affections. Les gingivites graves consécutives à certaines pyrexies, celles résultant de l'absorption des toxiques, celle qui complique le scorbut ont une action incontestable, mais dans ces cas l'influence est éloignée ; la lésion primitive guérit tout en laissant derrière elle une atrophie du ligament, dont les effets ne sont ressentis qu'ultérieurement. Nous relevons dans nos notes plusieurs observations décisives sur ce point. Dans un cas il y avait eu antérieurement une fièvre typhoïde grave, dans l'autre le malade avait été prisonnier en Allemagne et avait eu une atteinte de scorbut, enfin dans un troisième cas, une stomatite mercurielle grave résultant d'une ingestion accidentelle de calomel s'était produite dix ans auparavant.

Quoique le ligament alvéolo-dentaire ait une plus grande puissance de réparation que les tissus durs de la dent, la restitution *ab integra* ne s'observe pas à la suite des inflammations graves.

Le traumatisme. — Il a été invoqué en ces termes par M. Després :

« Il existe chez les malades âgés de 18 à 25 ans, qui viennent à nos consultations, dans les proportions de 1 sur 5, et qui prennent une con-

sultation pour un mal quelconque, un état des gencives tout particulier que l'on appelait autrefois banalement le scorbut des gencives. Les malades n'en souffrent pas outre mesure et s'en préoccupent peu ; mais de temps en temps leurs gencives saignent, sont douloureuses, et lorsqu'ils viennent nous demander une guérison, il est généralement trop tard.

» L'examen des gencives apprend que celles-ci sont bordées par un bourrelet rouge vineux qui remonte un peu sur la couronne des dents, que celles-ci présentent un liseré brun.

» Quelquefois, entre les incisives, les gencives remontent assez haut en apparence, et la dent correspondante est néanmoins déchaussée.

» Le plus ordinairement, cet état des gencives est limité à la portion antérieure des mâchoires, c'est-à-dire à la région des incisives. Quelquefois le mal débute au niveau des petites molaires.

» Généralement le mal existe d'abord à la mâchoire inférieure, mais il se présente aussi quelquefois d'emblée à la mâchoire supérieure.

» Cet état est le début de la pyorrhée alvéolo-dentaire ou ostéo-périostite alvéolo-dentaire, qui est aujourd'hui décrite par la plupart des chirurgiens et des dentistes. »

M. Després a inspiré la thèse d'un de ses élèves, M. Baronnet [1], dans laquelle plusieurs observations sont citées à l'appui de cette opinion. Sauf celle qui relate le cas de M. Després lui-même, les autres n'ont rien de commun avec la périodontite; car il s'agit de gingivites, d'accidents des tissus mous et durs consécutifs à l'éruption difficile de la dent de sagesse. Si le spirituel chirurgien avait été à même d'observer nombre de périodontites, il aurait pu constater que les symptômes inflammatoires des observations de M. Baronnet ne se rencontrent guère dans cette affection. Il aurait vu que la périodontite existe fréquemment dans des bouches où les dents ne sont pas et n'ont même jamais été serrées, que nombre d'individus atteints de cette affection n'ont pas éprouvé d'accidents, même légers, de dents de sagesse, que la dent la plus voisine de la troisième est rarement prise en premier lieu. Son hypothèse est donc de celles qui sont le plus en désaccord avec les faits.

Si la pression latérale ne s'explique pas comme cause de l'affection qui nous occupe, il n'en est pas de même de la pression postéro-antérieure, et fréquemment nous l'avons vue déterminer une atrophie analogue à celle de la périodontite expulsive. Quand il y a vice d'articulation, notamment après la disparition des molaires, il s'ensuit une pression anormale sur les dents antérieures, laquelle donne lieu à une irritation chronique du périoste, à une résorption précoce du bord alvéolaire externe, à un déplacement en avant des dents, les supérieures d'abord, les inférieures ensuite et à une pyorrhée alvéolaire consécutive ; mais cela n'est pas la périodontite vraie qui débute et se localise sur des dents et groupes de dents à articulation normale. Quand, à cette cause, s'ajoutent les prédispositions congénitales ainsi que l'arthritisme, l'affection prend une marche très rapide.

1. Baronnet, *Cause anatomo-physiologique d'ostéo périostite des jeunes sujets.* Th. de Paris, 1877, n° 489.

Ainsi la pression latérale est sans action, tandis que le traumatisme postéro-antérieur permanent crée une pseudo-périodontite, aggrave celle qui préexiste.

La contagion. — Elle a un défenseur convaincu en M. Galippe qui dit :

« Cette maladie est parasitaire, ce qui est démontré par l'examen des » coupes colorées, par la culture et l'isolement des parasites contenus » dans les canalicules de la dentine, par la contagion qui s'opère dans » la bouche de dent à dent, et aussi d'individu à individu, comme nous » avons pu le constater plus d'une fois chez des personnes d'un sexe dif- » férent et cohabitant régulièrement. » (*Note sur la gingivite arthro-dentaire infectieuse in Recherches et notes originales publiées en 1887 et 1888* p. 25).

La présence des microbes dans la périodontite à la période d'état, lorsqu'il y a pyorrhée alvéolaire, n'a rien de surprenant ; le contraire étonnerait, étant donné qu'à l'état physiologique les microbes abondent dans la bouche et que la sécrétion pathologique collectée dans les alvéoles n'est certainement pas stérilisante. La culture et l'isolement des parasites est un peu plus concluante mais la spécificité de ces parasites et leur rôle pathogène ne peuvent être établis que si l'on fournit à l'appui la démonstration expérimentale de leur inoculabilité et la reproduction d'une affection identique. M. Galippe n'a pu l'obtenir. Il dit avoir observé sur les chiens d'appartement la gingivite arthro-dentaire infectieuse et avoir échoué dans ses tentatives d'inoculation (*loc. cit.* p. 29).

Voilà pour ce qui concerne l'expérimentation microbiologique, les déductions cliniques sont non moins opposées à la thèse de notre distingué confrère.

La contamination dans la bouche même est très contestable, car si l'on observe que la périodontite se propage sur des points où elle n'existait pas primitivement, on peut invoquer, comme dans l'hypothèse de M. Magitot, que la diathèse s'accentuant cause des désordres de plus en plus étendus; comme dans celle exposée plus loin, que les dents sont frappées parce qu'elles ont des défectuosités congénitales analogues. Quant à la contamination d'individu à individu, elle devrait être fréquente. Il n'en est pas ainsi. Comme notre éminent confrère, nous avons quelquefois soigné des époux ayant tous deux de la périodontite, mais cela est exceptionnel, et la plupart de ceux qui ont écrit sur cette affection n'ont pas signalé cet ordre de faits. Nous avouons que si de nombreux praticiens venaient confirmer la remarque de la contagion entre individus, cela créerait une présomption grave. A notre connaissance, elle n'existe pas. Nous pensons que, lorsque la périodontite s'observe chez des individus vivant ensemble habituellement, elle est due à la nature des dents et que chez les uns et chez les autres on trouve un système dentaire ayant la structure qui détermine la périodontite. De plus, la périodontite n'a nullement à ses débuts le caractère infectieux. Quoique cela ne soit pas une condition absolue, l'apparition, l'inoculation réussie d'un

agent infectieux sur un tissu vivant provoque une résistance du tissu, une inflammation réactionnelle. Ce n'est pas le cas, et dans cette affection les débuts sont insidieux, inaperçus du malade et même des praticiens qui n'ont pas été à même d'en observer un grand nombre. Ce n'est qu'à la période ultime, quand la pyorrhée est intense, que le caractère inflammatoire apparaît. Quant à l'auto-inoculation, comment se fait-il qu'elle s'opère autrement que par la contiguité? Et pourquoi les dents affectées siègent-elles souvent sur des points opsés de la bouche? Pourquoi certaines dents sont-elles plus fréquemment affectées que d'autres? Comment M. Galippe expliquera-t-il l'observation de Magitot? « Parfois même la maladie n'atteint qu'une » seule racine de ces dernières ou même qu'un seul côté d'une racine [1]. » Les microbes auraient donc de l'affinité pour certaines dents, pour certaines racines? Comment, dans l'hypothèse d'infection, expliquer cette localisation intra-bucccale? Comment se fait-il que la périodontite s'observe chez des individus très soigneux de leur bouche, faisant même un usage journalier des gargarismes antiseptiques? tandis qu'il est souvent donné aux dentistes de voir des bouches à l'état de malpropreté excessive sans qu'il y ait périodontite? Que de fois n'observe-t-on pas des dents recouvertes de tartre, avec des racines baignant dans le pus, racines recouvertes ou non d'une pièce de prothèse mal faite ou mal tenue, et malgré ce concours, cette accumulation d'agents infectieux, il n'y a pas périodontite. Il en résulte une gingivite, une pyorrhée alvéolaire consécutive et un ébranlement considérable des dents, mais cette pyorrhée et cet ébranlement ne sont pas ceux de l'affection décrite ici. Les microbes signalés par M. Galippe ne se développent donc pas dans ce milieu? Pourquoi? Enfin la médication antiseptique, quelle que soit son énergie, ne triomphe pas de la maladie.

La présence des microbes ne prouve donc rien, tandis que les résultats négatifs de l'inoculation, l'absence d'observations de contamination, la marche, les localisations, les symptômes de la maladie, l'insuccès de la médication antiseptique sont autant de motifs de penser que la cause se trouve dans un autre ordre de faits.

Causes générales. — *Les diathèses.* — L'influence diathésique a été surtout affirmée par Marchal de Calvi, puis par Magitot et Aguilhon de Sarran. Magitot dit : « Les causes de cette affection sont » assez complexes et doivent être recherchées souvent, non dans un » état local de la bouche et des gencives, mais dans certaines condi» tions de la santé générale. » (*Mémoire sur l'ostéo-périostite* p. 79.)

Il est notoire que l'ébranlement des dents se produit dans nombre d'affections à troubles trophiques, à troubles circulatoires, — et surtout quand il y a stase sanguine à la périphérie, — la sénilité, la ménopause, le diabète, l'albuminurie, toutes les formes d'arthritisme, le scorbut, l'ataxie locomotrice, les névralgies du trijumeau, les paralysies faciales, les névroses essentielles sont des causes aggravantes de la périodontite. Néanmoins, on ne peut considérer cette

1. Magitot, *Mémoire sur l'ostéo-périostite*, p. 80.

affection comme un symptôme certain d'un mauvais état général, et dire qu'il y a relation causale. Magitot lui-même est obligé d'en convenir ;

« Dans un certain nombre de cas, l'ostéo-périostite survient dans » l'état de santé parfaite, et, quelque soin qu'on mette à en recher- » cher la cause, on ne la rencontre ni dans les conditions locales de » la bouche, ni dans aucun désordre appréciable de l'économie » (*loc cit.* p. 81).

Cette constatation, qui ne l'a faite à maintes et maintes reprises ? On peut même dire que la coexistence des troubles généraux et de la périodontite ne s'observe pas dans la majorité des cas. L'influence diathésique accélère et complique la marche, elle agit en cela comme toutes les autres causes de perversion de nutrition et d'atrophie mentionnées plus haut, mais elle n'est pas facteur prépondérant et initial.

Doit-on faire exception pour le rhumatisme ? Les recherches récentes sur la nature de la membrane alvéolo-dentaire donnent à croire qu'il n'a rien d'un périoste et qu'il a les principaux caractères du ligament. Comment s'étonner dans ce cas qu'il soit atteint comme ses congénères articulaires ? La diathèse rhumatismale se rencontre souvent associée à la périodontite et elle a une influence évidente comme cause prédisposante et aggravante. Toutefois on doit dire que nombre de rhumatisants n'ont pas de périodontites, et inversement que la périodontite se montre sans soupçon de rhumatisme. De toutes les causes générales, c'est la plus fréquente, mais le rhumatisme ne crée pas de toutes pièces l'affection. Il a besoin, pour agir, d'une prédisposition tenant à la nature de la dent elle-même.

Causes locales et générales. — Comme on l'a vu plus haut, nous ne nions pas l'influence des causes générales, mais elles ne sont pas seules et réellement prépondérantes. Celles-ci sont *la constitution histologique de la dent et sa minéralisation précoce et excessive.*

L'importance de cette cause avait été entrevue dès 1835, par Bell qui dit :

Une absorption considérable de la gencive et du procès alvéolaire, provoquant la mise à nu d'une large portion des racines des dents se produit parfois, sans accompagnement d'aucun aspect de maladie et sans aucun trouble sérieux de l'organisme.

En se formant une opinion sur des cas de ce genre et même sur ceux dans lesquels la perte de substance est associée avec plus ou moins d'état morbide, il est nécessaire de se rappeler que les dents disparaissent généralement dans la vieillesse d'une façon identique, savoir la destruction de leur soutien par l'absorption des gencives et du procès alvéolaire. Et comme ce premier pas vers une carie générale commence à des périodes différentes suivant les tempéraments, il peut à coup sûr, dans bien des cas, même chez des personnes n'ayant pas encore dépassé le milieu de la vie, être considéré comme l'indication d'une sorte de vieillesse précoce ou d'une carie sénile, du moins quant à ces parties du corps. Il ne faut pas cependant l'en rendre toujours responsable, car on le rencontre parfois chez des sujets jeunes et assurément il provient des mêmes causes que celles qu'on considère comme donnant lieu à une

perte semblable de substance dans ces parties, quand elles sont accompagnées d'un état plus ou moins morbide.

Ces différences peuvent être attribuées peut-être à la différence de constitution ou au plus ou moins d'éloignement de la période à laquelle la cause primaire de l'affection, quelle qu'elle puisse avoir été, est survenue.

Quoique la perte graduelle de substance dans la gencive et le procès alvéolaire se produise à l'occasion sans aucune action morbide sérieuse locale ou constitutionnelle, elle est produite plus fréquemment par le dérangement des organes digestifs ou quelque autre cause constitutionnelle immédiate ou éloignée, et alors elle est invariablement accompagnée d'un état morbide des parties elles-mêmes.

Th. Bell, *The anatomy, physiology and diseases of the teeth.* 2e édition, London, 1835, p. 211 et suiv.

L'atrophie progressive des attaches alvéolaires et l'expulsion de la dent transformée en corps étranger constitue donc la périodontite expulsive. Cette atrophie du ligament est le phénomène essentiel et primitif et entraîne à sa suite tous les désordres subséquents.

Elle peut être la conséquence des désordres généraux mentionnés ci-dessus, mais nombre de fois elle est la résultante de la sénilité précoce, de l'organe, sénilité dérivant en grande partie de la calcification excessive.

La vitalité du ligament alvéolo-dentaire est liée à la texture plus ou moins compacte de la dent, au diamètre des fibrilles dentinaires, à la proportion de matière organique que la dent contient. Les dents, riches en matière organique et faibles en sels minéraux sont des dents très susceptibles de carie ; ainsi les dents jeunes. Les dents richement minéralisées et pauvres en matière organique sont peu susceptibles de carie, en revanche leurs attaches sont peu vigoureuses et leur ébranlement et leur chute précoce résultent de cette minéralisation exagérée. La pulpe meurt de la calcification qui s'opère à sa périphérie, le ligament alvéolo-dentaire subit la même évolution régressive.

Depuis douze ans nous étudions attentivement la périodontite expulsive, nous avons rassemblé un grand nombre d'observations et nous ne l'avons rencontrée que sur des dents à texture particulière, ce qui nous permet de formuler une remarque générale facile à contrôler : *La périodontite expulsive est en proportion inverse de la carie.*

Dans les bouches où on l'observe, toutes, ou presque toutes les dents sont indemnes de caries, il est exceptionnel que le malade ait perdu autrement que par ébranlement les dents absentes.

Cette opposition pathologique jette un jour tout nouveau sur l'étiologie de l'affection, d'autant plus qu'elle se lie à des phénomènes connexes qu'aucun de nos devanciers n'a signalés. Chez nombre d'individus affectés de périodontite expulsive, il y a atrophie précoce du bulbe pileux, les cheveux deviennent blancs et se perdent de bonne heure ; la parenté embryologique et anatomique de la dent et du cheveu, constatée à propos des anomalies dentaires, s'affirme également pour la périodontite expulsive.

Qu'à cette prédisposition constitutionnelle s'ajoute une des affec-

tions ayant un retentissement prolongé sur la nutrition du ligament, alors il y a complication, marche accélérée de l'affection, et toutes les dents peuvent devenir chancelantes et tomber en quelques mois. C'est alors que les produits infectieux entrent en scène, causant une gingivite intense, même de la nécrose des maxillaires et même des accidents généraux.

Notre hypothèse a contre elle des observations d'anatomie pathologique; Magitot et Malassez déclarent que le début ainsi que le maximum des lésions se rencontrent au collet et à la face externe du ligament. Nous répondons que le début ne peut-être observé que sur des sujets autopsiés, car nous ne pensons pas qu'aucun praticien se soit cru autorisé à enlever des dents ne causant aucun trouble fonctionnel comme celles frappées de périodontite commençante. Or des relations d'autopsie, nous n'en connaissons pas. Du reste Magitot décrit les désordres de la période d'état et non ceux de la période prodromique; cela indique que ses observations se rapportent à des dents depuis longtemps frappées. Pour Malassez, cela est encore plus évident puisque, non dentiste, il a examiné des dents précédemment arrachées par M. Galippe. « Il eût été très long et assez difficile de se procurer « des maxillaires en entier. Aussi j'ai dû me contenter d'examiner « non plus les dents en place, mais des dents simplement arrachées. « La plupart m'ont été très obligeamment fournies par M. le Dr « Galippe. » (*Malassez. Sur le rôle des débris épithéliaux péridentaires in Arch. de Physiol.* 1885 *p.* 310).

Ne va-t-il pas de soi que ces dents, puisqu'elles ont été arrachées, n'étaient plus supportables, et qu'elles avaient donné lieu à tous les désordres qui résultent de la périodontite à sa période ultime, qu'avant leur avulsion leur collet baignait dans le pus et que celui-ci, ainsi que les micro-organismes, avait lésé la membrane sur ce point? Il s'ensuit que les observations précitées ne sont pas décisives sur la question d'étiologie, elles renseignent sur l'anatomie pathologique à la période d'état, mais rien de plus.

Si l'on tient compte des remarques d'Aguilhon de Sarran sur la vascularisation du périoste, on s'explique que la localisation externe.

« Bien qu'elle renferme (la membrane alvéolaire) un grand nom» bre de vaisseaux relativement volumineux, il est facile de voir, en » étudiant avec soin les préparations que j'ai l'honneur de vous pré» senter, que ceux-ci ne font que la traverser comme une gaîne. » (*Pathogénie et traitement de la gingivite expulsive. Société de chirurgie* 1880).

(Les vaisseaux) « portent des branches vasculaires contenues dans « la membrane qui unit le maxillaire à la dent et traversent le cé« ment et l'ivoire pour aller former dans la cavité de la pulpe les « gros vaisseaux qui longent ses parois. » *Aguilhon de Sarran* (*vaisseaux sanguins dans les racines dentaires in Odontologie* 1884 *p.* 115).

Avec ces données histologiques on comprend très bien pourquoi la face externe du ligament est plus atteinte que la face interne et comment les troubles nutritifs et circulatoires s'y localisent tout d'abord.

Il résulte de cet exposé que la périodontite expulsive, c'est-à-dire l'atrophie du ligament alvéolo-dentaire, peut avoir des origines diverses.

La plus puissante est la prédisposition congénitale, la texture de la dent elle-même qui, lorsqu'elle est richement minéralisée, s'atrophie de bonne heure et est frappée de sénilité. Ainsi pour la périodontite comme pour la carie dentaire, l'influence congénitale est facteur essentiel. Qu'à cela s'ajoutent des troubles circulatoires périphériques, comme dans la glycosurie l'albuminurie, la diathèse urique, le scorbut etc., la périodontite prend une allure rapide. Le rhumatisme, par sa localisation élective sur les ligaments, agit de même et, de toutes les causes générales, il est la plus fréquente; les inflammations antérieures ayant amené la résorption alvéolaire ou lésé gravement le ligament ont également de l'influence; enfin le traumatisme permanent, créé par une articulation vicieuse, concourt à l'atrophie de la membrane alvéolaire, par irritation mécanique chronique, par décollement des attaches ligamenteuses, par création d'un canal infectieux, par résorption de l'os. Quand aux agents externes micro-organismes, tartre, ils un ont rôle nocif indéniable à la période d'état, mais sans être facteurs étiologiques.

Symptômes. Anatomie pathologique.

Prodromes. — La périodon tite expulsive confirmée atteint primitivement le ligament alvéolo-dentaire, mais l'altération de celui-ci a presque toujours été précédée de modifications pathologiques de la dentine de la pulpe et du cément.

Celles-ci sont peu connues pour la raison que les débuts de l'affection n'éveillent pas l'attention du malade et ne suscitent que rarement l'intervention du praticien. Comme dans ce cas le sacrifice de la dent serait absolument contre-indiqué, l'examen microscopique et macroscopique ne peut être fait.

L'examen clinique à la période d'état, l'étude macroscopique et microscopique des dents éliminées spontanément ou extraites dans la période ultime sont nos seules sources d'information.

A l'examen clinique le premier signe apparent est le déplacement d'une ou plusieurs dents qui sont le plus souvent légèrement projetées en avant ; la déviation latérale s'observe aussi quand il y a des vides dans l'arcade dentaire

A cette période de début les dents, même celles qui sont les plus atteintes, ont encore une grande solidité et si le doigt leur imprime des mouvements plus étendus qu'à l'état normal, la mobilité n'est appréciable que pour un observateur exercé. La projection en avant augmente les espaces interstitiels et cela est surtout visible pour les dents antérieures.

Conjointement, ou peu de temps après, on perçoit de la résorption alvéolaire, principalement à la face labiale; cette résorption n'entraîne pas de suite un retrait de la gencive, et la disparition de l'os ne se constate qu'à l'exploration sous gingivale à l'aide de la sonde.

Si l'état général est bon, la bouche soignée, la pyorrhée alvéolaire n'existe pas encore, la gencive n'a aucun signe d'inflammation ; au

contraire dans nombre de périodontites commençantes, elle est pâle et anémiée. La tuméfaction, la suppuration, la rougeur même sont des symptômes d'ancienneté ou de marche rapide de l'affection.

Nous ne saurions trop le répéter, le début est insidieux, absolument indolore, et n'entraîne aucun désordre fonctionnel perceptible et bien souvent nous avons diagnostiqué la périodontite sur des patients venus nous demander des soins pour toute autre chose. La périodontite expulsive a donc tout à fait l'allure d'une atrophie lentement progressive et non celle d'un trouble dû à l'infection ou à une perversion de nutrition d'apparition subite.

Cette période prodromique peut durer des mois ou même une ou deux années.

Période d'état. — Les phénomènes ci-dessus sont plus accusés et deviennent perceptibles pour le malade, il sent qu'une ou plusieurs dents ne lui offrent plus la même résistance aux efforts masticatoires, qu'elles sont déviées, que les espaces interstitiels sont agrandis, il sourd au collet une sécrétion anormale, la résorption alvéolaire se constate à l'inspection sommaire, le décollement de la gencive qui n'existait pas à la période prodromique est maintenant assez profond. Un suintement muco-purulent au début, puis franchement purulent s'établit. Tout cela s'accomplit sans douleur réelle et ne cause qu'une simple gêne masticatoire, le malade a dans certains cas une poussée inflammatoire localisée aux dents les plus atteintes, mais cela ne revêt pas les formes phlegmasiques franches de la périostite et de la gingivite.

Par suite de la suppuration et du mauvais état de la bouche les micro-organismes envahissent les poches alvéolaires et leur prolifération ajoute au désordre. A cette période la dent est non seulement sensible à la percussion mais ses parties, récemment dénudées, sont sensibles à la température et la pulpe évolue vers la mortification par dégénérescence graisseuse. La gencive est au bord libre tuméfiée, fongueuse, dans le sillon gingivo-labial on voit apparaître des fistulettes de diamètre de beaucoup plus faible que celles de la périostite.

Le tartre qui, dans nombre de cas manquait à la période précédente, s'observe alors de par la diminution de l'attrition alimentaire, de par la difficulté du nettoyage quotidien ainsi que par l'alcalinité des secrétions alvéolaires; il s'observe tantôt mou et pultacé sur la couronne, tantôt dur et noir en un sillon siégeant au-dessous de la gencive. Quoi qu'il en soit, il n'est pas aussi abondant que quand il est associé à la gingivite.

Malassez décrit ainsi les altérations histologiques de la périodontite expulsive :

Si nous dirigeons notre examen en allant des parties profondes vers les plus superficielles qui sont les plus altérées, nous voyons les interstices de tissu cellulaire lâche qui séparent les faisceaux ligamenteux et entourent les vaisseaux, s'infiltrer peu à peu de petites cellules rondes ou embryonnaires et devenir des foyers de tissu de granulation. Ces

foyers, se développant de plus en plus, envahissent les faisceaux fibreux, les dissocient, les atrophient et finissent par se réunir les uns aux autres; si bien qu'au niveau du bord libre des gencives on ne voit plus qu'un tissu de bourgeons charnus et la disposition papillaire de la muqueuse normale a disparu. Le revêtement épithélial est également très altéré, il manque par places et, là où il existe, il est en général assez mince ; cependant, nous verrons qu'au niveau même de la dent il forme des masses assez épaisses. Les couches profondes paraissent en voie de prolifération active, elles envoient çà et là dans le tissu de granulation sous-jacent de longs prolongements, lesquels sont formés de cellules polygonales, assez volumineuses, contiguës les unes aux autres, ne paraissant pas pourvues de filaments d'union, ressemblant en un mot aux pointes d'accroissement que présentent souvent les épithéliomas pavimenteux. Dans les couches superficielles les cellules sont, au contraire, plus ou moins écartées les unes des autres comme ratatinées, de forme presque étoilée et anastomosées les unes aux autres par des longs filaments d'union. Elles ressemblent donc aux cellules de l'organe de l'émail ou du moins à certaines d'entre elles, à celles du stratum intermédiaire; seulement les espaces qui les séparent contiennent en général un assez grand nombre de globules blancs. Cette infiltration de globules blancs que l'on constate également, mais à un moindre degré dans le catarrhe des muqueuses, nous montre que les globules blancs émigrent au dehors après avoir accompli leur œuvre de destruction dans le ligament. Puis, comme le revêtement épithélial gagne par ses parties profondes, tandis qu'il se desquame évidemment par ses parties superficielles on peut s'expliquer par cet ensemble de processus la résorption progressive que subissent les gencives dans cette maladie.

Il y a lieu de remarquer que le bourgeonnement épithélial profond de la muqueuse gingivale est très marqué au voisinage de la dent et qu'il y produit des effets tout particuliers. On voit, en effet, cet épithélium s'infiltrer, s'enfoncer comme un coin entre la racine et les tissus alvéolo-dentaires enflammés, en sapant ce qui peut rester des insertions du ligament sur le cément. Et, comme il se trouve en ces régions, plus que partout ailleurs, protégé contre les causes de destruction et de désquamation, il peut s'y développer davantage. Il prend alors cet aspect adamantin dont nous parlions plus haut et se dispose en revêtement; or, comme la partie qui représente les couches épithéliales superficielles se trouve du côté de la dent, on le voit se détacher de celle-ci tout en restant adhérent aux tissus alvéolo-dentaires enflammés qui lui servent de substratum. Il se forme ainsi un fossé profond autour de la racine, d'où ces décollements si caractéristiques que présente cette maladie.

Au-dessus de l'épithélium existe une couche muco-purulente assez adhérente engluant la gencive, un limon, comme disaient les anciens dentistes. On y trouve, outre de nombreux globules, blancs émigrés, des micro-organismes très divers, sur lesquels je n'ai pas à insister ici ; je signalerai seulement des masses zoogloéiques et de nombreuses touffes de leptothrix qui s'implantent à la surface de l'épithélium et y forment une sorte de gazon ; ce sont elles, probablement, qui donnent à toute cette couche son adhérence. Dans les points où l'épithélium manque, on retrouve les mêmes micro-organismes s'implantant à la surface même des bourgeons charnus. Ces tissus sont parfois en voie de dégénérescence à ce niveau, et il n'est pas rare de rencontrer dans la couche purulente sous-jacente des fragments de ces tissus complètement mortifiés et détachés; on les reconnaît, au milieu des produits dégénérés divers, à leurs vaisseaux, dont les parois restent longtemps distinctes. Ainsi donc, outre

la résorption progressive dont nous parlions plus haut, il se fait de véritables pertes de substances qui contribuent encore à la destruction des tissus gingivaux et alvéolo-dentaires.

Par suite de ce décollement et de cette destruction progressive des gencives, les dents se déchaussent de plus en plus et des parties de plus en plus grandes de leur racine se trouvent à nu dans la bouche; on ne retrouve plus sur ces parties aucune trace de ligament à leur surface; le cément plus ou moins altéré est recouvert d'une couche épaisse de tartre et de ce même muco-pus que nous avons vu tapisser les gencives (Malassez. *Sur le rôle des débris épithéliaux paradentaires in Arch. de Physiol.*, p. 311 et suiv.)

Nous avons voulu reproduire *in extenso* cette description magistrale, à titre de document et de guide pour ceux qui voudront étudier minutieusement l'anatomie pathologique de la périodontite expulsive. Laissant de côté le microscope pour reprendre l'examen symptomatologique de la cavité buccale, nous ajouterons quelques traits à ceux précédemments décrits.

Une ou plusieurs dents ont toujours des désordres plus apparents que les autres; néanmoins, toutes sont atteintes quoique, à un degré différent, les unes sont à la période d'état, les autres à la période prodromique; les dents les plus susceptibles d'atrophie ligamenteuse sont celles apparues les premières : incisives inférieures, supérieures et premières grosses molaires. Le volume de la dent, l'étendue de ses attaches (une ou plusieurs racines), l'articulation normale ou non influent sur la marche et la localisation des accidents. Dans notre hypothèse on s'explique que des dents peu épaisses et d'apparition précoce : comme les incisives inférieures et les incisives latérales supérieures soient des dents à calcification, à dégénérescence plus avancée que la canine, que la deuxième molaire, qui apparaissent cinq ou six années après. L'épaisseur, l'activité fonctionnelle de la dent, son évolution intra-maxillaire normale créent autant de conditions favorables à la nutrition du ligament, le rendent plus robuste et moins susceptible d'atrophie prématurée.

Aux phénomènes résultant des altérations du ligament s'ajoutent, parfois ceux consécutifs à la gangrène de la pulpe; dans la période d'état on a souvent des signes d'irritation, traduits par l'hypéresthésie thermique; dans la période avancée on a de véritables poussées de pulpite dues à la mortification rapide des derniers vestiges.

Sauf à ces derniers stades, la périodontite expulsive n'est pas douloureuse; il arrive même que nombre de dents tombent sans l'intervention du dentiste après une gêne de quelques jours, résultant de leur trop grande mobilité.

Chez les individus cachexisés, chez ceux en puissance de diathèse, des complications locales et éloignées peuvent survenir: accidents osseux, amygdalite, adénite, pyohémie généralisée. Comme toutes les irritations siégeant dans la cavité buccale, la périodontite provoque une salivation abondante.

Le processus est essentiellement chronique et à marche lente et certains de nos malades sont, à notre connaissance, affectés de pério-

dontite expulsive depuis six, huit, dix ans; le traitement exposé plus loin a pour conséquence de ralentir la marche, et certains n'ont, dans ce laps de temps, perdu que quelques dents Abandonnée à elle-même la maladie peut avoir pour conséquence la chute de la totalité des dents en une ou deux années, rarement en quelques mois. L'état général mauvais, la malpropreté de la bouche ont une influence aggravante.

DIAGNOSTIC

Les symptômes longuement décrits dans le chapitre précédent montrent les caractères essentiels de la maladie et doivent permettre de la distinguer de la gingivite avec laquelle on pourrait la confondre. Dans la gingivite les dents, peuvent être légèrement déplacées, mais seulement dans la période suraigüe; celle-ci passée, elles reprennent leur place et leur direction normales. Dans la périodontite, le déplacement est constant et s'observe dès le début et la cessation des phènomènes inflammatoires ne rétablit pas les choses dans l'ordre.

Dans la gingivite on constate tous les signes de l'hypertrophie; dans la périodontite, — sauf à la dernière période, — ceux de l'atrophie. Au lieu d'une congestion, d'une tuméfaction étendues à la majeure partie de la muqueuse gingivale, on n'a aucun signe d'inflammation à la période prodromique et ce n'est que plus tard que la gencive est, autour des dents atteintes, un peu plus congestionnée, puis fongueuse, particulièrement au bord libre avec traînée inflammatoire correspondant au trajet de la racine. Le décollement gingival est dans la période d'état plus profond que dans la gingivite, la pyorrhée alvéolaire a des caractères différentiels de ceux de la gingivite phlegmoneuse et, pour constater la présence du pus, il est parfois nécessaire de presser sur la gencive en remontant du sillon gingivo-labial vers le bord libre.

La suppuration n'est pas jaune beurre, mais d'un gris ou d'un jaune clair, elle est souvent peu épaisse et mêlée de mucosités. Dans la plupart des cas le pus sourd au collet seulement; dans d'autres, il se crée une ouverture par des fistulettes perceptibles seulement à un examen attentif. La périodontite expulsive a toujours une allure chronique et son évolution porte sur plusieurs années, la gingivite cède au traitement rationel ou à une transformation spontanée et n'est bien souvent qu'un trouble superficiel et passager.

Il nous paraît superflu de montrer ici les différences de l'affection ici décrite avec les désordres de l'évolution vicieuse de la dent de sagesse, avec les complications gingivales de la carie dentaire ; les commémoratifs, la localisation, la marche ne peuvent être comparés et nos lecteurs ne s'y tromperont pas.

TRAITEMENT

Les errements au sujet de l'étiologie en ont créé d'analogues pour le traitement et les moyens préconisés sont aussi nombreux et aussi discutés que les causes.

Pour certains auteurs, la périodontite est incurable, elle entraîne à bref délai la perte des dents et l'extraction ne fait que devancer de peu la chute; celle-ci aurait en plus l'avantage de limiter la maladie. Pour d'autres, la médication n'aurait qu'une action palliative. C'est notre opinion. Quand à la cure radicale affirmée par quelques-uns elle manque de preuves.

Dans la périodontite on peut combattre l'épiphénomène mais non la cause essentielle. Il n'en serait pas ainsi si l'affection avait pour origine l'apport d'un agent infectieux; il semble que sa neutralisation et même sa destruction ne serait pas au-dessus de nos ressources, car la cavité buccale et les poches alvéolaires sont autrement accessibles que la plupart de celles où le médecin et le chirurgien font de l'antiseptie. On ne s'explique pas pourquoi dans l'hypothèse infectieuse, la thérapeutique n'est pas puissamment armée, pourquoi la prophylaxie même n'est pas facile. Tandis que si l'atrophie du ligament tient à la texture de la dent, si elle entraîne de bonne heure la résorption des bords alvéolaires et, cela avant l'intervention du praticien, comment espérer que le traitement modifiera la constitution de l'organe et reconstituera — passé l'âge moyen — les parois alvéolaires disparues.

Quand même le dentiste est consulté de bonne heure, quand il diagnostique l'affection à sa période prodromique avant que le malade se soit douté de rien, l'impuissance est encore relative, les causes sont intrinsèques et non susceptibles de suppression et même de modification importante.

Ce dont on peut triompher avec le plus de succès, c'est de la pyorrhée alvéolaire et par conséquence du décollement progressif des attaches de la dent, on peut même redonner quelque tonicité aux tissus mous, réveiller par l'emploi des révulsifs leur vitalité, mais non obtenir la guérison radicale, La description anatomo-pathologique donnée plus haut en montre l'impossibilité.

L'excision d'une portion de la gencive (Bourdet, Toirac Cruet), l'emploi de caustiques (Magitot, Atkinson), la pose de sétons (Oudet Aguilhon de Sarran), les révulsifs, les antiseptiques, les astringents ont été conseillés pour combattre la périodontite expulsive.

Moyens chirurgicaux, excision de la gencive, conseillés par Bourdet, puis par Toirac; ils ont été repris par MM. Galippe et Cruet.

« La meilleure méthode et la plus rapide c'est l'excision combinée » avec la cautérisation énergique. Je lui donne le nom de méthode » chirurgicale.....

» Avec une paire de ciseaux droits et aigus, dont l'une des branches est introduite entre la gencive et la dent, M. Cruet fait une » section verticale de la gencive, remontant jusqu'au fond du sillon » de décollement. Avec des ciseaux courbes il sectionne les lambeaux » latéraux, le plus près possible de la limite du décollement. Le galvano-cautère, énergiquement promené sur les bords de la plaie, fait le » reste; c'est, en réalité, une véritable opération chirurgicale et cela » se fait tellement comme une opération chirurgicale que, lorsqu'il » s'agit d'une, de deux ou même de trois dents, ce qui est assez fré-

» quent, on peut tout faire le même jour et en quelques instants. »

(Cruet, cité par Paul Richer. *De la périodontite expulsive et de son traitement.* Th. de Paris, 1890, n° 111, p 71.)

Des gargarismes antiseptiques s'ajoutent à l'opération chirurgicale. M. Cruet présente cette opération comme une condition nécessaire du traitement antiseptique et dit que c'est le seul moyen de supprimer le clapier purulent de l'alvéole. S'il est impossible de faire de l'antiseptie de l'alvéole sans détruire la partie externe, on reconnaîtra que le moyen n'a que des applications limitées, car comment arrivera-t-on à exciser la gencive sur un certain nombre de dents malades, principalement sur les molaires? Et si cela n'est pas fait partout où gît le microbe, comment empêchera-t-on la réinfection des alvéoles au dessous, en arrière des points excisés? Comment préservera-t-on les autres?

La mutilation conseillée par MM. Galippe et Cruet ne serait pas acceptée par beaucoup de patients et surtout de patientes, à nos yeux cela n'est pas regrettable car si il est évident qu'elle assure le lavage plus facile, la cure radicale n'en résulte pas, des effets équivalents peuvent être obtenus sans ce moyen barbare.

Dans le même ordre d'idées nous signalerons le traitement de Rigg., un des premiers auteurs américains ayant parlé de la périodontite. Il consistait à râcler la dent aussi profondément que possible, et à réséquer le bord alvéolaire. Cette opération était longue, délicate et douloureuse et il est à peu près impossible de l'exécuter complétement. Elle est abandonnée.

Magitot formule ainsi le traitement local.

1° Applications périodiques répétées tous les six ou huit jours d'acide chromique solide ou déliquescent; (à l'aide d'une baguette de bois taillée à plat portant quelques cristaux ou une goutte d'acide déliquescent, introduite au collet entre la dent et la gencive);

2° Emploi habituel du chlorate de potasse à la dose de 1 à 4 grammes par jour sous forme de pastilles ou en cas de contre-indications, application de cette substance en topique extérieur;

3° Antiphlogistiques locaux, sangsues ou scarifications des gencives, dans le cas d'hypéremie ou de congestion plus ou moins vive des parties.

L'acide chromique n'a pas l'innocuité que Magitot lui attribue, tout au moins quant aux tissus dentaires. Il les décalcifie énergiquement et après avoir touché une dent avec l'acide chromique à cinq ou six reprises, on a une zone de cément et de dentime ramollis ; le ramollissement est assez profond et assez grand pour que la dent s'écaille sous la rugine. Si les tissus durs de la dent sont aussi sérieusement atteints, on devine que les fongosités et les tissus pathologiques doivent être brûlés, détruits, et qu'à la suite de l'application du caustique il peut se former du tissu cicatriciel favorisant une adhérence, une reprise temporaire des tissus. Ce résultat n'est que passager et soit par la décalcification des tissus durs, soit par la marche peu entravée de la maladie, le traitement par l'acide chromique ne pro-

cure, dans les cas les plus heureux, qu'une courte accalmie et n'influe pas sur l'évolution ultérieure de la maladie.

Les américains emploient des topiques composés dans la périodontite expulsive Atkinson et Harlan sont parmi eux les plus compétents en la matière, Atkinson emploie tout d'abord dans la période d'état, et quand il y a congestion, l'eau de Rabel injectée à la dose de quelques gouttes dans les poches alvéolaires. (Pour cela une seringue *Pravaz* est nécessaire).

Puis il applique à plusieurs reprises une pâte composée de potasse caustique et d'acide phénique ainsi préparée.

Dissoudre acide phénique dans l'eau et porter la dissolution jusqu'au point d'ébullition, triturer de la potasse caustique portée également au point d'ébullition, mêler les deux produits par parties égales jusqu'à ce qu'il se forme une pâte parfaite.

Des irrigations intra alvéolaires d'eau oxygénée pure des gargazismes hydrargyriques 2/1000, de naphtol, d'une dilution d'eau oxygénée s'y ajoutent.

Harlan se sert de moyens analogues il dit :

Si un stimulant est nécessaire, 5, à 10 0/0 de solution de résorcine ou une faible solution d'iodure de zinc, après nettoyage complet avec le peroxide d'hydrogène, doivent être employés. S'il y a beaucoup de tissu morbide, dissoudre de l'iode dans de l'essence de wintergreen et en combler les cavités après nettoyage. S'il y a beaucoup de rétraction, faire une incision dans la gencive lorsqu'elle est revenue à l'état sain, un peu au-dessous du bord, et introduire des cristaux d'iodure de zinc. Cela irrite la gencive et la repousse sur la dent ou elle adhère. L'opération peut-être répétée plusieurs fois, si c'est nécessaire, en ayant soin de pratiquer chaque fois une incision près du bord de la gencive et en ramenant celle-ci graduellement dans sa position naturelle sur la dent.

Il faut se rappeler que le microbe peut réapparaître le quatrième jour et il faut tenir compte de ce laps de temps dans le traitement.

(*Odontologie* 1889, p. 191.)

Il est hors de doute que la phyorrée alvéolaire est une des complications les plus rebelles que sa persistance détermine un décollement de plus en plus étendu, aussi s'est on ingénié à la combattre par les moyens les plus divers. Le séton de soie floche (traversant le fond du clapier et laissé en place) appliqué par Aguilhon de Sarran. De l'aveu de l'auteur lui même on n'obtient pas des effets complets sur la sécrétion purulente ; le séton n'en agit pas moins comme un drain diminuant l'étendue et l'acuité des désordres.

La plupart des moyens ci-dessus ont été expérimentés par nous et n'ont pas donné des résultats véritablement satisfaisants.

Il n'en est pas moins vrai qu'ils renferment des indications précieuses. Les travaux de nos devanciers, notre expérience personnelle nous ont amené à la pratique exposée ci-après.

Comme il a été dit au début de ce chapitre il ne faut pas être trop ambitieux, et espérer la cure radicale, néanmoins on peut obtenir des résultats partiels très satisfaisants, et si on ne peut pas modifier la texture des tissus dentaires, leur redonner leur vitalité juvénile, reconstituer les parois alvéolaires affaissées ; on peut tarir la suppuration, favoriser la reprise des tissus et assurer une survie assez longue aux dents atteintes, retarder de beaucoup la généralisation du désordre.

Quel est le dentiste qui n'a été étonné, et combien de fois? — du peu d'étendue des attaches de certaines dents extraites ayant pourtant une solidité relative. Cette constatation montre que si on assure à la dent quelque restant de vitalité périphérique on obtient un résultat méritant d'être tenté.

Le traitement de la périodontite doit commencer par un nettoyage minutieux de la bouche et particulièrement des poches alvéolaires qui en raison même du décollement gingival sont envahies au dessous du collet par le tartre, si celui-ci n'est pas abondant il n'en existe pas moins et sa présence est un obstacle à la reprise des tissus, en entretenant l'irritation par rétention de la sécrétion pathologique, par action infectieuse, par irritation mécanique, par son interposition entre les tissus à réunir : cément ou ligament et gencive.

Il est donc nécessaire d'aller chercher le tartre au-dessous du feston gingival et pour cet objet on devra avoir des instruments à nettoyer spéciaux ; à leur défaut des rugines un peu larges conviennent assez bien.

Pendant et après le nettoyage on détergera à plusieurs reprises la cavité avec de l'eau oxygénée pure, L'eau oxygénée est un des meilleurs médicaments à employer contre cette affection (fut elle-même légèrement acide) à son contact le tartre se dissout, le microbe meurt, les tissus subissent une excitation réparatrice et nous ne saurions trop en recommander l'emploi — par le dentiste lui-même, car entre les mains du patient il pourrait par l'usage, amener une décalcification superficielle —.

Nous l'administrons toujours à l'aide d'une seringue dentaire (de 5 gr. ;) munie d'une canule aiguille glissée entre la dent et la gencive.

Les corps étrangers éloignés, les poches alvéolaires détergées, stérilisées, il est bon d'appliquer aux premières séances un caustique assez énergique afin de détruire les fongosités, faciliter la résorption des parties hypertrophiées. Depuis longtemps nos préférences sont pour une solution alcoolique d'iodure de zinc préparée extemporairement. Elle est portée sur des filaments de coton roulés en fines cordelettes formant 8 autour des dents. Le chlorure de zinc pur ou déliquescent rendrait des services. Les sels de zinc par leur action irritante et substitutive sont très efficaces dans la périodontité.

Dans des cas à forme fongoïde nous employons l'alcool sulfurique, une goutelette pour chaque alvéole malade ; une sonde de platine l'insère profondément si l'affection est encore à son début et que la pyorrhée n'est pas encore établie nous nous contentons de pointes de feu faites sur plusieurs points correspondant au trajet vertical de la racine. Dans la période d'état les pointes de feu ont une action bien-

faisante, il n'en est plus de même à la phase ultime, les tissus ont peu de tendance à la réparation et la plaie tarde trop à se fermer. Ces pointes de feu seront faites avec le cautère chauffé à blanc mais sans appuyer.

A la période de début, leur action est énergique et parfois s'étend sur plusieurs mois.

Ce succès de la révulsion est un argument de plus à l'actf de l'atrophie sénile de l'organe.

Ces soins donnés par le dentiste lui-même ne dispensent pas le malade de soins personnels, loin de là, sans sa coopération les résultats sont fugaces, et l'affection reprend vite sa marche accélérée. Les soins personnels consistent en l'application de collutoires et en gargarismes fréquents.

COLLUTOIRE N° 1

Tannin...........	5 grammes
Glycérine.........	10 —
Alcoolat de cochléaria.............	10 —
Essence de menthe ou d'anis.......	10 gouttes

COLLUTOIRE N° 2

Acide borique pulvérisé..............	10 grammes
Résorcine..........	1 —
Glycérine..........	10 —
Essence de menthe ou d'anis........	10 gouttes

Pour enduire les gencives deux fois par jour au début, une fois ensuite pendant deux mois au besoin :

GARGARISME N° 1

Chlorure de zinc...	6 à 8 gram.
Eau..............	1.000 —
Essence de menthe ou d'anis.......	20 gouttes

A renouveler indéfiniment, à prendre quatre fois par jour au début deux fois ensuite.

GARGARISME N° 2

Eau de Rabel......	3 grammes
Eau...............	500 —

Ne pas renouveler, à prendre une fois par jour.

Le bichlorure de mercure à 2 pour mille et même à 4 pour mille (Galippe) a été conseillé; son goût nauséabond nous fait l'écarter et lui préférer le chlorure de zinc. Ce dernier crée à la longue et seulement chez certains individus un agacement particulier des dents. Alors nous le remplaçons par un gargarisme au ratanhia :

Extrait de ratanhia............................	5 grammes
Eau..	500 —

L'acide borique, en gargarisme est bien peu énergique et nous ne le conseillons pas, ainsi que le chlorate de potasse.

On n'obtient de résultats sérieux que chez les patients soigneux d'eux mêmes et employant les gargarismes, principalement celui au chlorure de zinc avec une patience qui ne se lasse pas.

Quand les gargarismes sont pris irrégulièrement, quand dans la période de suppuration le patient s'est fatigué des visites chez le dentiste, la rechute est certaine. Les visites doivent être dans les cas moyens de six à huit; elles seront espacées au début de quatre jours, ensuite d'une semaine.

Quel est le mode d'action du traitement ci-dessus :

1° La révulsion ignée enraye le processus atrophique, en provoquant une nutrition plus active ;

2° Les détersifs et les caustiques, éloignent ou dissolvent les produits pathologiques et permettent la soudure cicatricielle ;

3° Les collutoires et les lavages antiseptiques et astringents combattent la pullulation microbienne, dessèchent l'alvéole et assurent à la dent l'adhérence des tissus qui l'entourent.

Pour combattre les poussées inflammatoires consécutives à la mortification de la pulpe la trépanation et le traitement comme dans la carie pénétrante sont indiqués. Par ce moyen nous avons conservé des dents du devant deux ou trois années de plus.

Si l'articulation est vicieuse par l'absence de plusieurs dents, une pièce de prothèse doit la corriger, la chute des autres dents en est retardée.

Le maintien des dents trop mobiles à l'aide de ligatures ou même de bandeaux métalliques rend parfois des services. Ils exigent des lavages fréquents sous peine de devenir cause aggravante.

NOUVEAU PROCÉDÉ DE SOUDURE DES PLAQUES DE RENFORT ET DOUBLES-PLAQUES DANS LES PIÈCES MÉTALLIQUES.

Communication à la Société d'Odontologie. — Séance du 15 décembre 1891.

Par M. LÖWENTHAL

Secrétaire général de la Société d'Odontologie.

Les plaques de renfort pour les pièces métalliques sont d'un usage courant et leur application dans la pratique est assez appréciée pour qu'il ne soit pas nécessaire d'en expliquer l'utilité incontestable ni d'en démontrer la fabrication.

Une des difficultés de ce travail consiste dans la soudure des deux plaques entre elles. Car il ne s'agit pas seulement d'en souder les bords, il faut, pour que la plaque soit solide et qu'elle ait la rigidité voulue, que la soudure pénètre partout afin que les deux plaques n'en forment plus qu'une seule. Cela n'est pas impossible avec les procédés employés jusqu'ici, mais c'est très difficile.

Il est certain que, si on faisait une coupe médiane à la plupart des pièces soudées ainsi, on découvrirait des lacunes et on en trouverait bien peu qui aient leurs deux feuillets intimement liés et pénétrés de soudure dans toute leur étendue.

Frappé de cet inconvénient j'ai cherché un moyen d'y obvier et voici ce que j'ai trouvé :

Une feuille de soudure très mince, de l'épaisseur d'une feuille d'or à aurifier et mise entre les deux plaques estampées me sembla un moyen assez rationnel.

Je fis part de mon idée à M. Contenau (de la maison Contenau et Godart fils). Il l'approuva fort et me fit des feuilles de soudure battue.

Le résultat a été celui que je souhaitais.

Le procédé d'exécution en est très simple :

Lorsque les deux plaques sont estampées, on place la feuille de soudure entre elles et l'on estampe le tout.

On déroche ensuite plaques et soudure, on enduit de borax léger les parties à souder, on maintient le tout avec des crampons en fil d'acier et l'on soude.

Il sera bon de percer un petit trou d'air à l'une des plaques, la soudure se fera alors avec plus de facilité, comme cela doit toujours se faire quand l'on soude 2 plaques l'une contre l'autre.

Cette idée en suggéra une autre à MM. Contenau et Godart fils. Ils firent des plaques de métal soudure, c'est-à-dire des plaques laminées avec une mince couche de soudure.

La réussite fut parfaite, vous allez pouvoir en juger par les différents spécimens que je vais avoir l'honneur de vous présenter.

Ils ont pu appliquer ce système à tous les métaux que nous employons dans la profession : à l'or jaune et rouge, à l'or fin, au platine, à l'argent et au maillechort.

Je n'ai pas besoin d'indiquer la façon de s'en servir, cela s'explique de soi-même.

En dehors des plaques de renfort, ce procédé peut trouver son application : pour les pièces à pont, pour les crochets plats en or que l'on veut doubler à la partie dentaire d'une mince couche de platine ; pour les pièces à réparer, etc., etc.....

Je crois que ces procédés sont appelés à rendre des services à la prothèse dentaire.

Je les soumets à votre appréciation.

UN CAS DE TRANSPLANTATION

Observation présentée à la Société d'Odontologie. — Séance du 29 décembre 1891.

Par M. Joseph Mendel

La greffe dentaire est certainement un des points les plus intéressants de notre chirurgie professionnelle ; la dentisterie entre ici franchement dans le domaine de la médecine opératoire et utilise ingénieusement les grands principes de chirurgie générale. Là nous nous trouvons devant un processus organique d'une complexité considérable qui, malgré les nombreux efforts faits pour en expliquer le mécanisme et les conditions physiologiques, reste encore obscur et incertain. Les hypothèses qui ont été émises à ce sujet montrent d'une façon évidente que la question n'est pas encore suffisamment élucidée et exige une étude approfondie des actes vitaux que l'économie manifeste, lorsque nous y avons recours daus un but thérapeutique. C'est en remontant jusqu'aux réactions intimes de nos tissus en présence des conditions données, en étudiant les moyens qui favorisent la réalisation des effets naturels que nous recherchons, et en modifiant les phénomènes fonctionnels défavorables que nous pourrons atteindre des résultats curatifs certains.

Si l'observation clinique seule ne suffit pas pour résoudre les questions de pathologie, si elle ne peut suppléer ni à l'examen microscopique ni à l'analyse chimique, elle reste néanmoins un des facteurs principaux dans l'étude des maladies et de leur traitement. C'est pourquoi je crois utile de vous présenter ici un cas de transplantation, qui, grâce à une coïncidence pour ainsi dire éventuelle, acquiert un intérêt particulier.

Le cas en lui-même ne présente rien de trop spécial. Une première petite molaire du haut fut extraite chez une jeune fille de 14 ans et greffée dans l'alvéole d'une dent homologue de sa mère, âgée de 40 ans. L'alvéole où la dent fut transplantée contenait deux racines atteintes d'une périodontite suppurée, donnant lieu à une fistule gingivale. Les racines ont été considérablement résorbées et séparées par une cloison assez épaisse, disposition qui a nécessité la résection de la cloison interradiculaire.

La dent greffée tenait assez solidement pour qu'on ne fût pas obligé de recourir aux moyens de contention.

Les gargarismes, les injections antiseptiques, furent recommandés dans un but simplement hygiénique ; tout le monde sait, en effet, que l'antiseptie raisonnée méthodique n'est dans la cavité buccale qu'une pure illusion.

Huit jours après, la dent devint un peu plus mobile. La dame s'en servait pourtant franchement, car elle mangeait précisément du côté de la dent transplantée.

Quelques semaines plus tard, la dame vient me trouver avec désespoir. La situation était vraiment désolante : dans la région de la dent greffée la gencive était fort congestionnée et fort douloureuse; l'état inflammatoire s'étendait aux dents voisines qui, par leur mobilité relative et la douleur à la pression et à la percussion, montraient l'atteinte de la membrane alvéolo-dentaire ; la bicuspide transplantée était d'une mobilité extrême, la pression provoquait une douleur vive et empêchait tout effort à la mastication. La dame m'a fait connaître qu'elle était à l'époque des règles.

Avec peu d'espoir je consolai la malade; je fixai la dent avec un morceau de digue et je priai la patiente de revenir dans quelques jours.

Quel ne fut pas mon étonnement quand, deux jours après, je remarquai une transformation complète de l'état préexistant. Les phénomènes inflammatoires ont complètement disparu, point de douleur, point d'affection péridentaire; les dents voisines sont solides ; la malade mangeait aisément. Mais ce qui m'a frappé le plus et sur quoi j'insiste particulièrement, c'est la solidité de la dent greffée; la fixité était beaucoup plus grande qu'avant la poussée inflammatoire.

Comment interpréter ce changement si favorable dans l'état de la dent greffée sous l'influence de la congestion accidentelle suscitée par un processus non pathologique, la menstruation? Cette suractivité fonctionnelle dans la région a-t-elle eu là un rôle modificateur favorable de nutrition, grâce auquel la régénérescence des tissus a été réveillée, activée? La dent transplantée a-t-elle été pendant tout le temps, jusqu'à l'établissement de sa connexion parfaite avec l'al-

véole, un corps irritateur, qui bien que peu actif, a été capable de provoquer à un moment donné une réaction inflammatoire considérable, laquelle, loin d'être assez brutale pour engendrer un processus éliminateur, stimula au contraire les actes vitaux et favorisa la formation du tissu conjonctif?

A ces questions j'hésite à répondre affirmativement. Un fait néanmoins est certain : la consolidation de la dent transplantée. Selon moi, elle serait dûe au surcroit d'activité fonctionnelle que la congestion passagère a créé.

Cette déduction militerait en faveur de l'utilité de l'application du massage à la greffe dentaire.

Mais l'action bienfaisante du massage s'exercerait, selon moi, par un mécanisme physiologique différent de celui indiqué récemment par M. Hartmann. Comme il résulte des observations présentées par M. Ronnet, professeur, M. Hartmann pratique le massage dans le but de favoriser la résorption de l'exsudat inflammatoire ; il me semble cependant que cette hypothèse n'est pas absolument en accord avec les phénomènes anatomo-pathologiques propres à l'inflammation en général. En effet, en admettant que le massage prolongé, exercé selon la direction des vaisseaux lymphatiques ait pour résultat *immédiat* la diminution momentanée et passagère de l'état congestif et conséquemment de l'exsudat, ce même massage, en raison de l'irritation manifeste qu'il détermine sur le tissu, aurait pour résultat *consécutif* une augmentation de l'état congestif et nécessairement de l'exsudat, d'autant plus prononcé et plus permanent que l'inflammation préexistante serait plus intense. Le massage produirait donc en dernier lieu des effets absolument inverses de ceux que l'on veut obtenir, car ce n'est pas l'exagération de l'activité fonctionnelle de la région que l'on recherche, mais la décongestion.

Pour moi, au contraire, cette suractivité fonctionnelle, ayant pour résultat la formation d'un exsudat plastique, serait éminemment favorable au travail de consolidation de l'organe greffé. Le massage pratiqué convenablement, en modifiant l'état circulatoire, le stase sanguin, en produisant une irritation modérée là où les phénomènes physiologiques paraissent se ralentir, où l'exsudat à une tendance à subir des transformations regressives, en activant, en réveillant en un mot la vitalité du tissu, le massage serait là une indication thérapeutique rationnelle, constituerait un moyen auxiliaire puissant mais distinct, je le répète, comme conception de celui de M. Hartmann, relativement aux phénomènes physiologiques modifiés sous l'influence du massage.

Cette manière de voir, je crois avoir quelque raison de l'appuyer par des considérations qui se déduisent des observations cliniques. En effet, la greffe dentaire, comme d'ailleurs toutes les opérations plastiques en général, réussit rarement ou incomplètement chez des personnes à nutrition ralentie, à l'état général défectueux. Pourquoi cela? Est-ce le résultat de la congestion excessive que la présence du corps greffé détermine et que l'on croit faire disparaître par le massage? Point. Chez des personnes à constitution affaiblie, la réaction

inflammatoire est à peine sensible, la congestion et l'exsudat sont peu marqués et c'est plutôt à la prédominance des phénomènes atrophiques que l'on pourrait attribuer l'échec de l'opération.

Il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit d'une constitution robuste. Tous les phénomènes inflammatoires affectent là une intensité considérable; mais l'exsudat au lieu de regresser, fournit, au contraire, des matériaux nécessaires à la formation des éléments embryonnaires qui ultérieurement constitueraient le tissu connectif.

Il demeure entendu que toute congestion trop violente, serait préjudiciable au succès de l'opération, car un processus ulcératif serait à craindre.

Partant de ces considérations, je crois que, le massage appliqué à la greffe dentaire est une opération utile, surtout chez les personnes à constitution délicate et dont les échanges organiques s'effectuent avec une certaine lenteur. Cela veut dire que le massage pourrait être indiqué dans un grand nombre des cas; par contre, son application serait inutile ou même nuisible dans des cas contraires.

UN CAS DE FISTULE CUTANÉE D'ORIGINE DENTAIRE

Observation présentée à la Société d'Odontologie. Séance du 29 décembre 1891.

PAR M. BONNARD

Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

Emile H., 21 ans, cultivateur, grand, robuste, d'une bonne constitution, consulta, il y a cinq mois (le 10 août 1891), le médecin de son pays pour une fluxion volumineuse de la joue gauche. Croyant avoir affaire à *un abcès froid,* le médecin conseilla les cataplasmes à la partie externe.

La situation s'améliora un peu, mais il resta dans la joue, au niveau du canal de Sténon, une grosseur parfaitement circonscrite et du volume d'une grosse noix.

Il convient de remarquer que le malade n'a jamais souffert des dents, quoi qu'il ait dans la bouche des caries du 4e et du 3e degrés. Aussitôt l'amélioration que je viens de mentionner, la fluxion se reproduisit et atteignit rapidement le même volume que précédemment. Le même médecin constata au niveau de la fistule que vous voyez, c'est-à-dire au milieu de la joue, un point blanc qu'il ouvrit au bistouri. Nouvelles applications de cataplasmes, accompagnées de pression sur la joue pour faciliter l'évacuation du pus. Ce traitement fut continué pendant trois semaines. Enfin le malade, ennuyé de voir que sa joue était toujours congestionnée, rouge, cessa le traitement et le médecin consulté, déclarant son malade guéri, cautérisa le bouton fistuleux au nitrate d'argent. La fistule ne se ferma point, elle suppurait toujours, la joue était congestionnée et elle enfla de nouveau comme au début de la maladie. Un médecin-major fut consulté, il sonda la fistule, puis le canal de Sténon et en conclut que ce canal était bouché et qu'il était en présence d'une.... *fistule salivaire.*

Remarquez que le malade ne s'est jamais aperçu d'une diminution de salive dans la bouche, que l'écoulement de la fistule a toujours été un pus brun lié, sans aucun mélange de salive, que pendant la mastication, jamais la secrétion fistulaire n'a augmenté, ce qui est de règle cependant pour les fistules salivaires. De plus, l'ouverture fistulaire est située bien au-dessus du canal de Sténon; on ne pouvait donc conclure à une fistule de ce canal.

Le médecin-major, sur son diagnostic de fistule salivaire, fit une ouverture en séton de bas en haut, mit des mèches antiseptiques et couvrit le tout d'iodoforme maintenu par un bandage. Ce traitement fut répété tous les deux jours et, 15 jours après, les rougeurs avaient disparu et la joue décongestionnée se trouvait dans l'état de dépression où vous la voyez aujourd'hui.

Le major crut à la guérison et il appliqua une rondelle de diachylon sur la plaie. Les incisions se fermèrent, mais, la fistule continuant de suppurer, il aviva l'ouverture fistulaire, et pratiqua une incision nouvelle, mais rien n'y fit. C'est dans cet état que le malade est venu nous voir. Après avoir sondé le canal de Sténon et avoir constaté qu'il n'était pas intéressé, j'ai introduit la sonde dans la fistule.

Le canal fistulaire se dirige d'arrière en avant vers l'aile du nez, en passant entre le grand et le petit zygomatique, pour aboutir dans la fosse canine, au niveau de la crête formée par la paroi externe de l'alvéole de la canine.

L'examen de la bouche nous montre une congestion de la gencive avoisinant la molaire de 6 ans supérieure gauche, une très légère coloration ardoisée de cette molaire par rapport aux autres, un 2e degré de la première prémolaire, un 3e degré de la canine. La molaire de 6 ans, examinée de nouveau à la rugine, présente à la percussion un son plus mat que les autres, mais pas de carie. Malgré cela, le son *mat* si bien défini par M Poinsot, la teinte ardoisée, m'ont fait conclure à une mortification de la pulpe de la molaire de 6 ans sup. gauche, ayant occasionné une tumeur du périoste ou un abcès alvéolaire, avec siège plus particulièrement à la racine antéro-externe, dont le pus se serait créé une issue à travers l'alvéole dans la fosse canine pour passer ensuite entre deux muscles et aboutir à la face externe de la joue. L'extraction était indiquée, mais devant les diagnostics et les traitements divers de mes prédécesseurs, j'ai soumis le cas à mon confrère et ami, M. Martinier, et, sans rien lui dire de mon opinion, j'ai été assez heureux pour voir mon diagnostic confirmé par lui.

La dent extraite vous montre une tumeur volumineuse du périoste comprenant tout l'espace qui sépare les trois racines, de l'exostose adamantin des racines et une petite carie perforante située au-dessous du collet sur la racine *antéro-externe*. Le siège de cette carie ne nous a pas permis de la constater, car elle était entièrement recouverte par les tissus avoisinants.

Vous pouvez constater, en introduisant la sonde dans la fistule, qu'il n'était pas possible d'incriminer le canal de Sténon et qu'on aurait pu éviter toutes ces complications en arrachant cette dent à la première

fluxion. Des injections sont faites tous les jours dans la fistule avec le liquide suivant :

Teinture d'iode	5	grammes
Acide phénique	2	—
Iodure de potassium	1	—
Alcool	20	—
Eau	500	—

Cette formule, qui me donne les meilleurs résultats, a été empruntée a *l'Aide-mémoire* de M. P. Dubois et le bouton fistuleux, qui était gros comme une bille au début est aujourd'hui à peine de la grosseur d'un petit pois.

Ce qui pourrait confirmer mon diagnostic, s'il en était besoin, c'est la présence de cette carie perforante à la racine antéro-externe et la partie des liquides injectés par l'alvéole de la dent extraite.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 15 *décembre* 1891.

Présidence de M. GILLARD, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. Löwenthal, secrétaire général, donne lecture du procès-verbal de la dernière réunion.

M. Gillard. — On me fait dire *qu'à une des premières séances où je présidais on a empêché un membre de l'Association de voter*, c'est *on a voulu empêcher* qu'il faut lire.

Sous le bénéfice de cette observation, le procès verbal est adopté.

M. Gillard. — M. Gravollet, malade, ne peut se rendre à la séance et, par suite, faire sa présentation d'un *appareil contenteur pour les fractures du maxillaire inférieur*. Il vous prie de l'excuser.

I. NOUVEAU PROCÉDÉ DE SOUDURE POUR PIÈCES METALLIQUES PAR M. LOWENTHAL

M. Löwenthal donne lecture d'une communication sur ce sujet (insérée aux *Travaux originaux*) et présente des spécimens.

DISCUSSION

M. Meng. — Que pèse la feuille de soudure ?

M. Löwenthal. — Elle est moins lourde que l'amas de soudure qu'on peut mettre sur une plaque ; en tout cas, cela dépend de la grandeur de la plaque.

M. Meng. — Je me rendrais mieux compte du perfectionnement si je connaissais le poids.

M. Francis Jean. — Il faut féliciter M. Löwenthal de son innovation qui rendra de grands services.

M. Barrié. — L'épaisseur de la contreplaque suffit-elle pour donner une adhérence suffisante?

M. Löwenthal. — La soudure suffit largement.

M. Barrié. — Il n'y a pas besoin de borax?

M. Löwenthal. — Si, mais fort peu et très liquide. Lorsque les plaques estampées et munies de soudure sont prêtes à être soudées, on maintient le tout au moyen de 3 ou 4 crampons en fil d'acier. Ces derniers sont préférables au fil de fer en bobine, car ils ont l'avantage d'exercer une pression constante. Ainsi préparées on place les plaques sur le charbon ou la perruque et l'on souffle.

M. Frantz. — Avec ce système on dépense moins de soudure qu'avec le procédé ordinaire.

M. Gillard. — Je me joins à M. Francis Jean pour remercier M. Löwenthal de sa communication et le féliciter de son innovation pratique. Aujourd'hui encore j'ai soudé de l'or fin avec de l'or à 18 carats au moyen de ce procédé; le résultat en a été parfait. Je suis très partisan de l'*or souduré*. Remarquez que la feuille de soudure sonne comme une feuille d'acier, en la recuisant on la rend encore plus sèche et malgré cela, elle soude parfaitement. Ce procédé est très rapide et donne une meilleure soudure que les paillons, car d'un seul coup, la plaque est soudée. La soudure étant répandue partout, il n'y a qu'à chauffer.

II. Les sinus maxillaires, par M. le Dr de la Jarrige

M. le Dr de la Jarrige fait sur ce sujet une conférence insérée aux *Travaux originaux*.

M. Gillard. — Je crois être l'interprète de tous les membres de la Société d'Odontologie en remerciant M. le Dr de la Jarrige d'avoir bien voulu nous faire son intéressante communication. Je le remercie d'autant plus qu'il a surtout insisté sur le traitement par l'alvéole qui est le plus rationnel, quoiqu'il ne soit pas toujours employé! Ainsi, il y a 2 mois, j'ai été appelé auprès d'une malade qui avait un abcès dentaire dans le sinus; elle avait été opérée par un grand chirurgien d'hôpital, dont je tairai le nom, qui n'avait pas enlevé les racines et avait pratiqué un énorme trou.

J'espère que M. le Dr de la Jarrige voudra bien encore figurer à nos ordres du jour.

M. de la Jarrige. — J'ajouterai qu'on a trouvé un métal très précieux pour ce mode de traitement, car il est très malléable, et une curette de ce métal prend toutes les formes voulues et, par suite, rend de très grands services.

M. Gillard. — Nous n'avons pas à discuter la conférence que nous venons d'entendre; je donnerai cependant la parole à un membre qui la demande pour faire connaître un mode de traitement du sinus.

M. Vacher. — Le Dr Aguilhon de Sarran pratique une ouverture assez large pour faire passer des liquides en employant le laminaire qui, en 3 ou 4 jours, donne un orifice suffisant pour que le doigt pénètre. Puis il bourre de tampons de coton par cette ouverture et, cha-

que fois qu'il change le tampon, tous les deux jours, il trouve de petites lamelles osseuses, qui sont toujours la cause de la suppuration. Le nombre de celles-ci va toujours en diminuant et, au bout de 3 ou 4 séances, le tampon est à peu près sec et l'alvéole se referme de lui-même.

M. Roy. — M. de la Jarrige emprunte son moyen de traitement à la thérapeutique gynécologique; mais peut-être y a-t-il mieux que le curetage, qui ne paraît pas très pratique. Le chlorure de zinc, par exemple, qui donne d'excellents résultats dans l'utérus, peut être employé dans le sinus, car s'il provoque de l'anesthésie dans celui-là, cette dernière n'est pas à craindre dans celui-ci.

III. Modifications aux statuts de la Société d'Odontologie

M. Gillard. — Quoique vous ayez tous reçu le journal et pris connaissance du rapport de la commission sur ce sujet, je crois bon de le lire en entier avant d'aborder la discussion article par article.

M. Löwenthal donne lecture de son rapport inséré dans le n° de novembre.

M. Gillard procède ensuite à la lecture du titre et de l'art. 1 des statuts modifiés, qui sont ainsi conçus :

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

FONDÉE EN 1881

Cette Société n'est que la continuation de la Société scientifique fondée en novembre 1881 *sous le nom d'Association scientifique de l'Ecole dentaire de Paris, conformément à une décision du Cercle des dentistes de Paris, en date de mai* 1880.

BUREAU POUR 1890

Règlement intérieur.

I. — BUT DE LA SOCIÉTÉ

Article premier. — Il est institué, par *Association générale des dentistes de France*, une réunion scientifique ayant pour but de vulgariser les connaissances acquises ayant rapport à l'art ou à la science dentaire, et de produire et de discuter les faits nouveaux.

Cette Société n'est que la continuation de la Société scientifique fondée en 1881 sous le nom de « Association scientifique de l'Ecole dentaire de Paris ».

On a ajouté, dit-il, un deuxième paragraphe pour indiquer que la Société d'Odontologie est la continuation du Cercle des dentistes. Vous répondrez que cela se trouve déjà dans le titre ; mais ce qui est en tête n'est pas dans l'intérieur du règlement et c'est pour cela qu'on l'y a mis.

M. Vacher. — Ce second paragraphe n'a rien à voir dans le règlement.

M. Gillard. — Ce qui est en tête du réglement ne peut pas servir pour une dénomination, et, comme les membres de l'ancien cercle des dentistes doivent faire partie de la Société, il faut que les statuts portent que celle-ci n'est que la continuation de celui-là !

L'art. 1 est mis aux voix et adopté.

M. Gillard donne lecture de l'art. II, qui ne change pas et qui est ainsi conçu :

Art. II. — La Société prend le titre de *Société d'Odontologie de Paris.*

Il passe à l'art. 3 :

Art. III. — La Société se compose :
1° De membres titulaires de droit;
2° » » élus ;
3° » honoraires.

C'est sur la composition de la Société que portent principalement les modifications, car il faut régulariser la situation de ceux qui se croient membres titulaires sans l'être et c'est pour changer cet état de choses que l'art. a été ainsi modifié. Voilà pourquoi il faut intercaler dans le réglement que la Société d'Odontologie est la continuation du Cercle des dentistes. Tous les membres de l'Association générale croyaient faire partie de la Société d'Odontologie, mais c'est une erreur de leur part.

L'art. 3 est mis aux voix et adopté :

L'art. 4 est ainsi conçu :

Art. IV. — 1° Sont admis *membres titulaires de droit :*

1° Les membres de l'ancienne Association scientifique de l'Ecole dentaire de Paris;

2° Le directeur, le directeur-adjoint et le corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris;

3° Les membres titulaires de l'Association générale des dentistes de France ;

2° Sont admis *membres titulaires élus* : les médecins, dentistes, mécaniciens-dentistes, fournisseurs pour dentistes ou toute personne étrangère à la profession, après un travail présenté et accepté, intéressant l'odontologie (art ou science dentaire) ;

3° Peuvent être nommés *membres honoraires* sur la proposition du bureau, en témoignage de reconnaissance, tout membre de la Société ou toute personne étrangère qui, par la nature de ses travaux, des dons ou actes quelconques, a rendu à la Société des services spéciaux.

La Société peut, en témoignage des services rendus, nommer président honoraire tout ancien président de la Société d'Odontologie.

M. Vacher. — Des professeurs non dentistes sont-ils membres de la Société obligatoirement ?

M. Gillard. — C'est là l'ancien règlement, mais il faut y ajouter quelque chose.

M. Roy. — On pourrait dire : sont admis membres titulaires de droit les membres de l'Association générale.

M. Gillard. — En effet, cela dirait tout et on pourrait supprimer le parag. 3.

M. Meng. — On pourrait également supprimer le parag. 4.

La suppression du parag. 3 ; le directeur, le directeur-adjoint et le

corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris) est mise aux voix et adoptée.

On passe au parag. 5 : « *Sont admis membres titulaires élus*, etc...

M. Roy. — Pourquoi s'occuper de ces admissions-là ?

M. Gillard. — Vous ne pouvez nommer aucun membre sans la ratification du Conseil de direction.

M. Roy. — Quand une personne veut faire partie de la Société d'Odontologie, elle doit d'abord demander à faire partie de l'Association générale.

M. Gillard. — L'Association ne peut recevoir les mécaniciens dentistes, tandis que la Société le peut ; la première ne peut les admettre que comme membres honoraires.

Le parag. 5 est mis aux voix et adopté.

On passe au parag. 6 : « *Peuvent être nommés membres honoraires*, etc...

M. Gillard. — Jusqu'à présent on ne pouvait nommer que des présidents honoraires, mais comme on nommait également des membres honoraires, il faut que ces nominations-là soient régulières.

M. Vacher. — Je demande la suppression des mots *sur la proposition du bureau*, car il se peut que le bureau soit parfois antipathique à un candidat.

M. Pigis. — Les nominations doivent toujours passer par le bureau.

M. Gillard. — Elles sont toujours proposées par lui.

M. Vacher. — Je retire ma proposition.

Le parag. 6 est mis aux voix et adopté.

L'art. 5, qui ne change pas, est ainsi conçu :

Art. V. — Toute personne qui devient membre de la Société d'Odontologie devient par le fait membre de l'Association générale des dentistes de France. — Son admission est soumise à l'approbation du Conseil de direction de l'Association générale.

(Les membres titulaires de province ou de l'étranger prennent le titre de *membres correspondants.*)

M. Gillard. — L'art. 6 est l'ancien art. 20 ; on y ajoute le mot *élu* après les mots *pour être membre titulaire.*

Art. VI. — Pour être membre titulaire élu, le candidat doit adresser au secrétaire général une demande contenant ses nom, prénoms, titres et qualités, ainsi qu'un travail manuscrit ou imprimé sur un sujet ayant rapport à l'odontologie.

M. Vacher. — On pourrait ajouter après les mots et qualités *et s'il n'est pas membre du corps enseignant de l'Ecole un travail*, etc...

M. Gillard. — Mais les membres du corps enseignant peuvent entrer à la Société par l'Association générale.

M. Vacher. — Il faut leur ouvrir directement la porte de la Société d'Odontologie.

L'adjonction du mot *élu* et la proposition de M. Vacher sont adoptées. L'art. devient:

Art. VI. — Pour être membre titulaire élu, le candidat doit adresser au secrétaire général une demande contenant ses nom, prénoms, titres et qualités, et, s'il n'est pas membre du corps enseignant de l'Ecole, un travail manuscrit ou imprimé sur un sujet ayant rapport à l'odontologie.

M. Gillard. — Les art. 7, 8 et 9 sont les anciens art. 21, 22 et 23. Ils portent que le Conseil de direction ratifie la nomination du candidat. Le fait de n'avoir touché à aucun de ces articles témoigne bien qu'on ne veut pas rendre indépendante la Société d'Odontologie.

Art. VII. Le secrétaire général présente la demande en séance et remet toutes les pièces à une commission spéciale après que le candidat a donné lecture de son travail.

Art. VIII. — La Commission, après avoir pris connaissance des titres du candidat, ainsi que du travail présenté, fait un rapport sur lequel il est statué. — L'élection se fait au scrutin secret et à la majorité absolue des membres présents.

Art. VIII. — Le Conseil de direction de l'Association générale ratifie l'élection du candidat.

Art. X. — La Société est administrée, en outre de trois délégués du Conseil de direction de l'association, par un bureau pris dans son sein nommé par elle, et qui est chargé de sa direction scientifique.

M. Meng. — Je désirerais qu'on ajoutât à cet article : « Au début de chaque séance le bureau fait part à la Société des modifications qui l'intéressent et qui ont eu lieu dans l'Association générale des dentistes de France. »

M. Roy. — Cela se rapporte aux nouveaux membres.

L'amendement de M. Meng est mis aux voix et repoussé.

L'art. X est adopté.

Art. XI. — Le bureau est composé de 6 membres dont :

1 président, 2 vice-présidents, 1 secrétaire général, 2 secrétaires des séances.

Le président est chargé de présider les séances, de diriger les débats, recevoir les communications et apposer sa signature sur toutes les pièces importantes de la Société. L'un des deux vice-présidents assiste le président ou le supplée lorsqu'il est empêché.

Le secrétaire général prépare les séances de la Société, se charge de la correspondance, revoit et vérifie tout ce qui doit être publié, veille à l'exécution du règlement et des décisions de la Société, et fait les convocations.

Il fait un rapport annuel sur l'ensemble des travaux de la réunion.

Les secrétaires des séances sont chargés de la rédaction des procès-verbaux; l'un des deux secrétaires remplace le secrétaire général lorsqu'il est empêché.

M. Gillard. — Dans l'art. 12 qui est l'ancien art. 8, on propose de remplacer *assemblée générale de janvier par assemblée générale qui aura lieu dans le mois suivant l'élection du Conseil de Direction de l'Association générale des dentistes de France.* Vous voyez que l'élection n'est pas renvoyée en octobre comme on l'avait dit.

M. Roy. — Alors, avec une démission en masse du Conseil de

Direction on serait obligé de renommer le mois suivant le bureau de la Société d'Odontologie. Pourquoi ne pas dire simplement *en février* ?

M. Gillard. — Il peut y avoir ballottage.

L'article 12, ainsi modifié, devient :

Art. XII. — Les membres du bureau sont nommés tous les ans à l'Assemblée générale qui aura lieu dans le mois suivant l'élection du Conseil de direction de l'Association générale des dentistes de France avec la majorité des membres présents.

Le bureau se met en rapport avec la Commission d'administration nommée par le Conseil de direction de l'Association générale pour toutes les dépenses intérieures de la Société qui sont soumises à l'approbation du Conseil.

Il est mis aux voix et adopté.

Art. XIII. — Le président et les vice-présidents ne peuvent être élus plus de deux années consécutives.

M. Gillard. — Le président peut ne pas être réélu à la fin de la première année.

M. Roy. — Dans les diverses sociétés scientifiques, il n'est pas rééligible l'année suivante ; je demande qu'il en soit ainsi chez nous.

M. Pigis. — Avec ce système le président quitte le fauteuil juste quand il est au courant de ses fonctions.

M. Vacher. — On pourrait faire passer le futur président par la vice-présidence d'abord.

M. Brodhurst. — Si vous imposez la vice-présidence, il n'est pas sûr que l'élu l'accepte.

La proposition de M. Roy est mise aux voix et repoussée.

L'art. 13 est adopté.

Art. XIV. — La Société se réunit le premier mardi de chaque mois sur convocation spéciale adressée par le secrétaire général à tous les membres titulaires et contenant l'ordre du jour.

M. Gillard. — On propose, afin de régler l'ordre du jour, la longueur des séances et de s'assurer de l'intérêt des communications et présentations, de rédiger ainsi qu'il suit l'art. 15, ancien art. 11 :

Art. XV. — Le bureau arrête, avant la séance, l'ordre et le nombre des communications qui pourront être faites.

Les communications doivent être soumises au bureau au moins huit jours à l'avance.

L'art. XV est adopté.

Art. XVI. — Les travaux des séances mensuelles se composent de la lecture du procès-verbal de la séance précédente, de la correspondance, des élections, des rapports des commissions, de la lecture des observations, mémoires, ouvrages des membres de la Société, ou adressés à la Société, de l'exposition ou de la démonstration d'objets matériels, etc.

M. Gillard. — Dans l'art. XVII, ancien art. XIV, nous proposons

peut avoir lieu à la place de *aura lieu* afin de ne pas marquer une obligation.

Art. XVII. — Les travaux des personnes étrangères à la Société peuvent être présentés et lus soit par l'auteur, soit par un membre de la Société.

Le dimanche précédant le jour de la séance de la Société peut avoir lieu une séance clinique de la Société d'Odontologie, où il sera fait sur le malade des démonstrations pratiques de dentisterie opératoire.

L'ordre du jour de cette clinique mensuelle sera porté sur des convocations.

Adopté.

M. Gillard. — L'art. XVIII contient des modifications qui ne sont que le corollaire de celles qui ont été approuvées précédemment.

Adopté.

Art. XVIII (ancien XV). — Peuvent assister :

1° Les membres de la Société ;

2° Les élèves de l'Ecole dentaire de Paris ;

3° Des personnes étrangères à la Société. Sous la responsabilité d'un membre qui les présente au bureau ou aux membres du bureau présents.

Adopté.

M. Gillard. — Dans l'art. XIX, ancien XVI, qui est ainsi conçu :

Les membres titulaires et honoraires de la Société peuvent seuls prendre part aux votes.

Il convient d'ajouter *et aux discussions*, car on a nommé membres honoraires des membres très actifs.

M. Roy. — Quels sont les membres honoraires ?

M. Gillard. — M. Dugit, par exemple.

M. Roy propose la suppression des mots *et honoraires.*

Cette suppression est approuvée.

L'art. devient le suivant : « Les membres titulaires de la Société peuvent seuls prendre part aux votes et aux discussions. »

M. Gillard. — On vous propose la suppression de l'ancien art. 17 parce qu'un réglement en date de janvier 1890 crée des congrès régionaux.

Approuvé à l'unanimité moins une voix, celle de M. Vacher.

M. Vacher. — Je demande à expliquer mon vote. Je suis en train en ce moment de proposer à l'autre Société dentaire dont je fais partie d'organiser un *Congrès annuel* à Pâques sur le modèle de celui mentionné par cet ancien art. 17. Je ne puis donc pas supprimer ici ce que je désire établir ailleurs.

M. Pigis. — Mais précisément les congrès régionaux prévoient le cas.

M. Gillard :

Art. XX. — Tous les ans, à la séance de la fin de session, avant les communications, la Société d'Odontologie peut décerner, sur la proposition du bureau :

1° Un prix au travail ou à la découverte faite dans les cinq dernières

années et qui aura le plus contribué à l'avancement de la science ou de la pratique professionnelle ;

2° Un prix au dentiste français qui aura, dans l'année, par un travail scientifique ou une découverte, le plus contribué à l'avancement de la science ou de la pratique professionnelle.

Dans cet art. qui est l'ancien XVIII, on met *peut décerner* au lieu de *décerne* et on supprime l'avant dernier paragraphe : « La Société se réserve le droit... »

Approuvé.

M. Gillard. — Quant au dernier parag. de l'article : « Les prix de la Société d'Odontologie consistent en une médaille de vermeil et un diplôme spécial », la question est réservée.

M. Vacher. — C'est plutôt une question de dépenses.

Le texte est maintenu.

M. Gillard. — Dans l'art. XXI, ancien XIX, après *assemblée générale* on ajoute *déjà mentionnée à l'art. XII* et on supprime *le* 3e *mardi de janvier*. L'art. devient :

Art. XXI. — L'assemblée générale déjà mentionnée à l'art. 12 a lieu tous les ans pour procéder au renouvellement du bureau. Le secrétaire général fait, au nom du bureau, un rapport sur sa gestion et sur l'ensemble des travaux de l'année qui vient de s'écouler, rapport qui est adressé au Conseil de direction de l'Association générale.

Approuvé.

Art. XVI. — La Société se réserve le droit de prononcer la radiation d'un membre indigne. L'exclusion sera prononcée après enquête, sur le rapport d'une commission spéciale composée de cinq membres, dont les conclusions seront acceptées ou rejetées par un vote sans discussion et au scrutin secret.

Art. XXIII. — Tout membre radié de la Société d'Odontologie est *ipso facto* radié de l'Association générale des Dentistes de France et réciproquement.

Art. XXIV. — Les travaux de la Société seront publiés dans les journaux de la profession et particulièrement dans l'organe de l'Association générale. — Ils se composent des procès-verbaux de ses séances, des rapports, des mémoires fournis par des membres de la Société ou des personnes étrangères, ainsi que de tout ce que la Société jugera après délibération digne d'être publié. Le secrétaire général revoit, vérifie et classe tout ce qui doit être publié.

M. Gillard. — Le texte de l'art. 23 est le même que celui de l'ancien 25, seulement la Société d'Odontologie est mentionnée avant l'Association.

Adopté.

Art. XXV (ancien 27). — En cas d'insuffisance du présent réglement intérieur, il y sera pourvu par une délibération expresse de la Société après un rapport d'une commission spéciale discuté à la séance suivante.

L'ensemble des articles est mis aux voix et adopté.

La séance est levée à 11 h. 20.

Le Secrétaire général,
Ed. LÖWENTHAL.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

RAPPORT DE LA COMMISSION DE L'ASSOCIATION DENTAIRE AMÉRICAINE SUR LA NOMINATION DE CHIRURGIENS-DENTISTES DANS L'ARMÉE ET LA MARINE

La Commission a adressé la lettre suivante au chirurgien général de l'armée et de la marine ;

« 27 mars 1891

» La Commission soussignée a été chargée par l'Association dentaire américaine dans sa dernière réunion d'examiner la possibilité de nommer des chirurgiens-dentistes dans l'armée et la marine. Elle pense que la nomination de chirurgiens-dentistes dans l'armée et la marine permettrait de soulager bien des souffrances et de sauver les organes de la mastication si nécessaires à la santé et la commodité. Ce besoin se fait surtout sentir dans nos postes militaires de l'ouest tant par les hommes que par les officiers, éloignés de tout cabinet de dentiste, et souvent obligés d'envoyer des membres de leur famille à des centaines de milles pour réclamer les services de ces praticiens.

» La Commission serait heureuse d'avoir votre avis sur cette question.

» Croyez etc... »

Cette lettre fut remise personnellement au chirurgien général avec un rapport relatant des faits à notre connaissance jugés importants. Ce fonctionnaire fit la réponse écrite suivante.

« Washington, 13 avril 1891.

» J'ai l'honneur de vous accuser réception de votre communication du 27 mars 1891, dans laquelle vous demandez la nomination de chirurgiens-dentistes dans l'armée et la marine et mon avis sur la question. Je ne suis pas à même de vous répondre en ce qui concerne la marine, mais, quant à l'armée, la chose a été examinée par le Département de la guerre à plusieurs reprises. Tant que notre armée sera répartie en petits corps sur une vaste étendue de territoire, et sera en campagne pendant la plus grande partie de l'année, on considère comme impraticable de la faire profiter des avantages d'un service de dentisterie habile, quelque désirable que cela puisse être tant pour les officiers que pour les hommes. Lorsque les troupes sont nombreuses dans une garnison, comme dans quelques cas, leur poste est ordinairement dans le voisinage d'une ville importante où il est possible de se procurer les services des dentistes.

» Je suis d'avis d'ailleurs que la nécessité d'un service dentaire spécial pour les troupes dispersées dans l'Ouest et le Sud est moins nécessaire maintenant qu'il y a quelques années, car la facilité des communications par voie ferrée a placé les postes les plus éloignées à quelques heures d'une grande ville.

» Agréez.... »

Aucune réponse n'est parvenue du chirurgien général de la marine, mais on est d'avis que le besoin va décroissant chaque année. Nous n'aurons donc point l'appui des chirurgiens de l'armée ni de la marine. En demandant au Congrès une loi sur la question, car elle nécessite une loi spéciale, nous rencontrerions certainement de l'opposition, car les questions de rang, de solde, résidence, etc..., devraient être considérées. Les hommes ne s'engagent que pour un laps de temps déterminé et

ne sont admis que si la bouche, d'après l'examen du médecin militaire, est en bon état et contient assez de bonnes dents pour la durée de l'engagement. Les fournitures nécessaires au chirurgien-dentiste seraient une cause fréquente de dépenses. Les officiers demanderaient toute espèce de travaux impraticables, y compris leur famille portée sur la liste de gratuité, de sorte que la position de chirurgien-dentiste de l'Etat deviendrait peu agréable et ne serait recherchée ou acceptée que par les *lazzaroni* de la profession et ne serait guère propre à élever notre profession dans l'estime du corps médical.

(International Dental Journal.)

LES CONCOURS POUR LA NOMINATION AUX POSTES ENSEIGNANTS DANS LES ÉCOLES DENTAIRES

Le journal *Anales de la Sociedad Odontologica de la Habana* s'élève contre les dentistes qui, sous le prétexte d'être chargés ou même d'avoir été chargés autrefois par le Conseil municipal du service dentaire des établissements pénitentiaires, s'intitulent bruyamment et effrontément *professeurs de pathologie et de clinique dentaires*. Il oppose à ce titre, qui n'existe point à La Havane et que ne justifie aucun examen ni aucun concours, le caractère sérieux de titres plus simples donnés par l'Ecole dentaire de Paris après un concours des plus sérieux et des plus difficiles.

« L'École et hôpital dentaire de Paris, qui n'est cependant qu'un établissement d'enseignement libre, dit-il, a institué des concours pour la nomination aux postes de chefs de clinique. C'est avec d'autant plus de raison que personne ne peut s'intituler professeur de pathologie et de clinique dentaires sans avoir donné auparavant des preuves qu'il possède les connaissances difficiles que comportent ces postes. Et il existe des dentistes qui se parent effrontément de ces titres !

» *Teneant risum, amici* !

» Savent-ils, ces professeurs, quelles sont les épreuves auxquelles sont soumis les candidats à la clinique de l'Ecole et hôpital dentaire de Paris ? Qu'ils le lisent et ils comprendront qu'ils agissent mal en prenant le titre de professeur de pathologie et de clinique dentaires parce qu'ils ont obtenu du Conseil municipal la permission d'aller arracher des dents dans les prisons. »

(Suit l'énumération des conditions des concours publiées par l'*Odontologie*).

Le journal cubain conclut en déplorant que les autorités administratives, l'Université et le Conseil supérieur de médecine ne s'élèvent pas contre ces abus.

RECTIFICATION A PROPOS DU PROCÈS VERBAL DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DU MARDI 24 NOVEMBRE 1891

Dans l'historique fait par M. Touchard sur la marche qu'a suivie notre démarche en reconnaissance d'utilité publique il y a une petite lacune.

C'est moi qui ai envoyé au Ministère de l'Intérieur le secrétaire de l'Ecole pour savoir ce que devenait notre demande depuis son retour du Conseil d'État.

Il lui a été répondu par le chef du bureau chargé du dossier que le Ministre avait reçu du secrétaire de la commission législative M. le Dr Th. David, une lettre pour le prier d'ajourner toute décision jusqu'au vote définitif de la loi relative à l'exercice de l'art dentaire. M. Th. David m'a confirmé lui-même l'exactitude de son intervention.

Ch. GODON.

REVUE DE L'ÉTRANGER

LE PENTAL

NOUVEL ANESTHÉSIQUE

Résumé de journaux allemands.

Par M. P. Lehr.

M. Mareux, médecin dentiste à Heidelberg, s'exprime en ces termes dans le *Zahnartz. Wochenbl.*, n° 228 :

« Après plusieurs anesthésies faites avec le pental j'ai pris la résolution de ne plus me servir de ce produit.

» Le pental a une odeur désagréable qui persiste dans le masque 12 heures après s'en être servi. L'anesthésie se produit au bout de 3 à 5 minutes. Le pental n'a aucune priorité sur le bromure d'éthyle ; au contraire il présente quelques désavantages, il est très inflammable, demande plus de temps pour obtenir le sommeil, l'odeur est plus pénétrante et pas plus agréable que celle du bromure d'éther, l'anesthésie est aussi coûteuse.

» Quant aux divers amylènes qui agissent comme anesthésiques tels que l'hydrure d'amyle, l'amylène, le chlorure d'amyle, l'iodure d'amyle, l'alcool amylique, l'hydrure de capryle, certes le pental leur est supérieur mais il ne possède aucun avantage sur nos anesthésiques connus tels que le bromure d'éthyle et le protoxyde d'azote. »

DU PENTAL

Par M. le professeur HOLLAENDER.

Extrait du *Zahnärztliches Wochenblatt*, n° 227.

Le Pental $C^5 H^{12}$ trouvé par M. le professeur de Mering est un amylène, produit incolore, très-volatil ; son point d'ébullition est 38°, il est tiré de l'hydrate d'amyle et est un produit tertiaire de l'amylène, 16 cm. cub. pèsent environ 10 grammes, il se respire sans irriter les muqueuses buccales ou les voies respiratoires.

$C^5 H^{12}$ brûle avec une flamme claire, ne se dissout pas dans l'eau

mais dans toutes proportions dans l'alcool, chloroforme ou éther, il est aussi inflammable que ce dernier.

Le pental se comporte à peu près comme l'éther bromhydrique $C^2 H^5 B^5$, il a l'avantage sur ce dernier de ne pas se décomposer ni à l'air ni à la lumière. M. le professeur Hollaender s'exprime en ces termes sur le mode d'emploi de ce produit : « Dans les premiers temps je fis inhaler le pental en me servant du masque ordinaire, 50 à 90 secondes suffirent pour produire l'anesthésie désirée. Chez les uns la sensibilité de la cornée ne disparaît pas totalement tandis que chez d'autres elle est insensible généralement, ils dorment les yeux ouverts.

L'anesthésie se produit beaucoup plus vite chez les sujets qui respirent tranquillement, les personnes surexcitées, nerveuses ou anémiques ont besoin de plus de médicament et le sommeil est plus lent à venir, phénomène qui se produit avec tous les anesthésiques.

L'anesthésie se fait sans symptôme particulier, le pouls est un peu plus fréquent au début pour reprendre aussitôt la normale ; malgré l'insensibilité le patient ne perd pas complètement connaissance, il exécute les mouvements que l'opérateur ordonne, ouvre ou ferme la bouche, il a les yeux ouverts sans pouvoir se rendre compte de ce qui se passe autour de lui et ne se souvient de rien après son réveil.

Je n'ai jamais constaté de contractions des muscles masticateurs comme avec le bromure d'éthyle ; un seul cas de cyanose prononcée s'est présenté, pendant toute ma période d'essais, chez une femme qui était dans son 9e mois de gestation et que ses habits serraient trop. Pendant ou après les anesthésies je n'ai jamais constaté ni malaise ni vomissements ni céphalalgie. Le bien-être est surprenant à peu près chez tous les sujets après le réveil.

Certaines personnes se plaignaient de maux de tête avant l'opération, après leur réveil tout mal avait disparu.

J'ai employé le pental chez des enfants de 4 ans et des personnes âgées de 60 ans avec les mêmes résultats.

Un petit état de surexcitation, s'il s'en produit, ne peut être comparé avec ceux du chloroforme ou du bromure d'éthyle ; souvent le réveil se produit par un rire.

L'anesthésie au bromure d'éthyle ne doit pas dépasser dix minutes, celle du pental peut-être prolongée, le client peut prendre toutes les positions, assis ou couché, la position ne doit avoir aucune influence sur ce médicament. Plusieurs anesthésies peuvent être faites, consécutivement la 2e paraît se produire plus rapidement que la première. Le pental n'a pas d'action sur le cœur ni les voies respiratoires, je n'ai jamais pu constater le moindre symptôme. En dehors de l'odeur du pental, qui rappelle l'essence de moutarde, je ne puis citer aucune observation désagréable.

Il faut prendre les mêmes précautions qu'avec les autres anesthésiques, écarter les habits qui pourraient gêner la respiration, pas trop de clarté dans le cabinet et surtout pas de bruit. Quand il ne s'agit que d'une seule extraction, il est inutile d'attendre la disparition de la sensibilité de la cornée, il est quelquefois difficile d'éta-

blir si l'anesthésie est suffisante, sur ce point l'opérateur rencontrera des difficultés jusqu'à ce qu'il se soit familiarisé avec le produit.

Dans les premiers temps je me servis du masque ordinaire, mais une trop grande perte de produit me le firent abandonner pour prendre celui de M. Junker modifié.

Avec l'ancien masque il me fallait 25 à 35 cm. cub. par anesthésie, avec celui de M. Junker 10 à 12 cm. cub., l'odeur disparaît aussi et l'anesthésie se produit dans 40 à 50''.

Avec 1 n° j'ai fait 50 à 52 opérations dont plusieurs durèrent assez longtemps.

En résumé le pental présente les avantages suivants sur le bromure d'éther.

Il est plus constant et plus sûr — le sommeil peut être plus longtemps prolongé et se produit toujours — des suites désagréables ne peuvent être considérées que comme cas extraordinaires — tout danger me semble éliminé. »

LES APPAREILS DENTAIRES A L'EXPOSITION D'ÉLECTRICITÉ DE FRANCFORT-SUR-LE-MEIN

Par MM. Schafer et Montanus

Si un homme compétent visite la section de la médecine et des sciences dans notre exposition, il reconnaît tout de suite qu'il importe seulement de montrer comment les appareils et les instruments électriques s'actionnent au moyen d'une batterie ou avec une installation électrique, au moyen d'un courant électrique fourni dans la maison, de permettre de constater l'utilité et les services de ces appareils. Le profane regarde certainement avec un grand intérêt le magnifique fauteuil d'opérations dont la maison Poulson nous a généreusement fait présent, mais qui, au fond, n'a pas d'autre but que de prouver qu'on se trouve dans un cabinet dentaire.

Les premiers essais pour mettre en mouvement le tour dentaire ont été faits avec les piles à l'acide chromique, parce qu'elles sont les plus puissantes et qu'elles n'exhalent point d'odeur. Comme cet élément use beaucoup de zinc, même au repos, on était forcé de sortir du liquide avec la main ou avec le pied, au moyen d'une disposition convenable, les électrodes de zinc toute les fois que la batterie n'était pas utilisée. Nous-mêmes, nous avons construit des batteries dans lesquelles les électrodes étaient plongées dans le liquide avec le pied et en sortaient au moyen d'un contre-poids, de sorte que la sortie ne pouvait jamais être oubliée. Mais, même dans ce cas, l'usure du zinc était considérable et le remplissage de la batterie fort importun, car il devait être effectué tous le 16 jours. Les modifications les plus récentes n'ont pas encore paré à cet inconvénient des éléments à l'acide chromique. Nous eûmes recours dès lors à un élément qui pouvait toujours rester monté sans user de matière, l'élément à la potasse de Dun, qui semblait se comporter remarquablement, car

différents dentistes, avec un seul remplissage, purent travailler de 6 à 10 mois. Mais lorsqu'il fallut procéder au remplissage des batteries, de si grosses difficultés s'élevèrent que nous dûmes abandonner la pile. Nous nous tournâmes alors vers la plus simple de toutes les piles, celle de Leclanché, qui pourtant n'était pas utilisable dans la forme connue depuis longtemps, car la dimension de l'élément pour conserver la permanence voulue en face du but à atteindre était trop grande. Nous augmentâmes de préférence les surfaces des électrodes en donnant à celles de charbon la coupe en forme d'U et en plaçant dessus les plaques de zinc. Cette disposition offre l'avantage que de grosses surfaces d'électrodes peuvent être logées dans un petit espace et par suite que les vases de verre utilisés jusqu'à présent d'une manière générale peuvent être employés. La tension des éléments est de 1,3 à 1,4 volts, la résistance intérieure est très faible. Pour le tour dentaire nous employons ordinairement 15 éléments n° 4 qui sont placés dans l'armoire sur 3 rangs l'un au-dessus de l'autre. Ces éléments ont la grosseur des éléments Hauste du télégraphe, qui se trouvent partout, de sorte que les vases brisés sont faciles à remplacer et que le transport et la manipulation en sont très aisés. Si le dentiste ne veut pas se charger de l'entretien, très simple pourtant, de la batterie, il peut le confier à tout entrepreneur d'installation du télégraphe Hauste. Un dentiste occupé travaille environ 6 mois avec le premier remplissage. Les électrodes de charbon sont remplacées au bout d'un an ou d'un an et demi et peuvent servir de nouveau plus tard une fois régénérées par l'acide carbonique de l'air.

Nous avons construit pour cette pile un moteur qui, pour 12 volts de tension, n'emploie que de 0.5 à 0,6 ampères, et par suite de 6 à 7,2 volts, ce qui est une force plus que suffisante; nous avons même entrepris, dans les essais, de tourner la spirale d'acier en tuyau. Au moteur nous avons fixé l'interrupteur au tuyau, et en revanche, près de la pièce à main, au moteur en haut, l'interrupteur au porte-tuyau. Cette dernière disposition nous semble la plus pratique, d'autant qu'un tampon est ménagé pour la pièce à main, lequel permet d'arrêter ou de mettre en mouvement la fraise à tout moment. L'interrupteur permet également de régler la vitesse du moteur. En haut, sur le moteur, se trouve un commutateur au moyen duquel on fait marcher le moteur à droite ou à gauche. Le moteur se place sur un bras A fixé à la muraille, ce qui est le plus commode, ou sur la tablette opératoire. Il peut également, au moyen d'une disposition convenable, être fixé au plafond.

Bien que l'installation ci-dessus nous ait donné depuis 2 ans les meilleurs résultats et que les frais d'entretien soient extrêmement minimes, nous recommanderons au dentiste qui est à même de profiter d'une source d'électricité dans une ville, de réclamer à celle-ci la force motrice dont il a besoin pour mettre en mouvement son moteur au moyen du courant fourni par une station électrique, parce qu'il évitera ainsi tous les inconvénients inhérents à l'emploi d'une batterie.

Notre installation à l'exposition est la suivante dans ce cas. Le

courant nous est fourni par la maison Schwartz Kopf de Berlin avec une tension de 110 volts. Le courant passe d'abord par une plaque de plomb ou de sûreté, qui fond quand le courant est par hasard trop fort et protège ainsi l'appareil contre le feu et les dommages; il arrive ensuite par les conduits dans un cadre qui est pourvu d'un commutateur, d'un ampéremètre et de plusieurs bouchons. Notre moteur exige une tension de 12 volts, de sorte que 98 volts doivent être détruits par une résistance intercalée. Celle-ci consiste dans une lampe à incandescence de 98 volts et 16 bougies (du prix de 2 fr. 50) qui, comparativement à une résistance de palladium de 125 fr., est très bon marché et dont la lumière peut-être utilisée, ainsi que le montre le réflecteur R. La force nécessaire pour la lampe et le moteur est donc de 110 fois 0,5 à 0,6 ampères, c'est à-dire de 55 à 66 volts-ampéres, de sorte que l'actionnement du moteur coûte par heure, au cas où l'on ne se sert point de la lampe, de 5 1/2 à 6, 25 centimes. Un dentiste très occupé a besoin du tour de 2 heures 1/2 à 3 heures par jour, de sorte qu'il dépenserait par jour, avec un courant électrique, de 15 cent. à 18,75 cent. En raison de sa construction nous pouvons doter notre moteur d'une résistance à laquelle nous attachons une grande importance, car si l'on est forcé d'avoir une résistance parallèlement à la marche du moteur, la dépense de courant et les prix sont infiniment plus considérables, ainsi que cela sera démontré plus loin.

Pour actionner le maillet électrique, les petites lampes à bouche, la lampe de la tablette, le galvano-cautère, etc..., avec le courant venant de la station centrale d'électricité, nous avons disposé un appareil de résistance réglable. Si l'on voulait employer ces instruments alternativement avec l'appareil de résistance, le courant le plus faible possible serait utilisé, mais comme les interrupteurs momentanés ne s'adaptent pas bien aux petits instruments, on est forcé non seulement d'interpoler une résistance, mais encore de l'introduire parallèlement à l'instrument à mouvoir de telle sorte que le courant passe sans interruption par la résistance, tandis qu'il arrive aussi dans l'instrument tant qu'on en ferme le contact. Cette disposition est nécessaire pour éviter la combustion des contacts. Si l'on veut, par exemple, se servir de galvano-cautère, on interpole d'abord la résistance et celle qui doit agir parallèlement. Celle-ci est relevée avec le galvano à un fil conducteur, de sorte qu'elle est vissée aussi en même temps que lui. Puis on presse sur le contact du galvano et on régle la résistance interpolée de façon à ce que le cautère rougisse convenablement. L'ampèremètre marque alors 20 à 25 ampères. Si l'on interrompt alors le courant dans le galvano, il continue de passer par la résistance et cela avec 15 ampères. L'opération terminée, on ferme aussi la résistance. Comme on le voit aisément, il faut beaucoup plus de courant que pour porter au rouge le fil de platine, de même, à cause de la force du courant parfois considérable, le fil conducteur doit avoir 4 millimètres d'épaisseur, pour éviter l'incendie.

On actionnerait de la même manière un maillet électrique, une pe-

tite lampe à bouche. Le courant nécessaire est dans ce cas infiniment plus considérable que pour actionner l'instrument. Il est donc sage, pour le maillet, le cautère, la lampe à bouche, etc., d'avoir recours à une batterie accumulatrice de 4 éléments qui peut être chargée le soir dans les fils de l'éclairage sans que les lampes à incandescence brûlent d'une manière moins intense en apparence.

La disposition électrique la moins dispendieuse tant pour la pose que pour le fonctionnement, en même temps la plus sûre et qui répond le mieux à tous les besoins du dentiste, est donc la suivante. Le moteur est mis en mouvement alternativement avec une lampe à incandescence, et les autres instruments, qui, tous ensemble, sont employés beaucoup moins souvent, avec 4 éléments accumulateurs placés dans une caisse mobile. Si la lampe à incandescence interpolée se trouve dans un réflecteur il y a encore une force de résistance de remplacement pour le moteur, de sorte que le réflecteur peut être utilisé indépendamment du moteur.

Quant aux dentistes qui n'ont pas à leur disposition de source centrale d'électricité, ils sont toujours réduits aux batteries.

(*Poulson's Bericht.*)

L'ÉLECTRICITÉ COMME AGENT THÉRAPEUTIQUE CONTRE L'HYPÉRÉMIE ET LA CONGESTION DE LA PULPE ET DE LA MEMBRANE PÉRIDENTAIRE

Par M. John S. Marshall

Ces maladies sont communes dans la pratique et difficiles à guérir par les moyens ordinaires à notre disposition quand elles sont causées par la carie, une blessure, une irritation mécanique, etc., et surtout quand elles sont dûes à des dérangements constitutionnels.

L'électricité peut être employée avec succès dans les premiers cas pour atténuer l'inflammation, et, dans les autres, pour empêcher la suppuration ou la formation de nouvelles excroissances. Dans ma propre bouche une exposition de la pulpe fut coiffée et couverte d'une obturation à l'oxyphosphate ; il s'ensuivit une congestion de la pulpe, une odontalgie, laquelle fut soulagée par deux applications d'une demi-heure de l'électricité les jours suivants. Le pôle positif du courant galvanique continu fut appliqué sur la dent et le pôle négatif sur le triangle carotide. Le courant fut appliqué graduellement.

Trois ans se sont écoulés depuis et la dent ne m'a plus fait mal et il n'y a point d'indice d'une sensibilité particulière. Dans un cas de pulpe congestionnée chez un patient de complexion délicate le traitement n'eut pas de succès. La périostite qui ne provient pas de l'empoisonnement septique causé par une pulpe dévitalisée peut dans bien des cas être traitée par cette méthode avec des résultats

très satisfaisants. Le traitement est également utile pour l'hypérémie et l'odontalgie qui accompagnent la grosssese, mais alors le sujet doit garder le repos et la position horizontale et prendre des calmants.

De 3 1/4 à 1 1/2 milliampères suffisent dans les cas ci-dessus, la fréquence de l'application résultant de la gravité des symptômes locaux et de la sensibilité du patient ; ordinairement une application de 15 à 30 minutes de durée toutes les 24 heures suffit amplement. Le courant de Faradey est inestimable pour déterminer la vitalité de la pulpe, et bien supérieur à la lampe. L'hypersensibilité de la pulpe peut être diagnostiquée et isolée d'une manière certaine et prompte. Le milliampermètre doit toujours servir à mesurer le courant ; il peut être fourni, comme la batterie et les électrodes, par la Mac Instosh Battery and Optical Company de Chicago.

(*Ohio Journal of Dental Science.*)

Inventions et perfectionnements.

NOUVEAU CAUTÈRE A AIR CARBURÉ ET INJECTEUR A AIR CHAUD

Présenté par M. Paulme, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

Communication à la Société d'Odontologie de Paris.

L'appareil que je vous présente ce soir n'est pas nouveau. Il a été imaginé, il y a environ 5 ans, par un fabricant d'instruments de chirurgie, M. Vasège. C'est une modification du thermo-cautère Paquelin, que vous connaissez tous.

Frappé de ses avantages, j'ai cherché à le rendre plus pratique pour notre art, en y faisant plusieurs modifications.

M. Heidé nous avait déjà fait connaître un perfectionnement qu'il avait apporté au manche du cautère Paquelin (Voir *Odontologie* année 1888, page 18) consistant en un isolateur pour garantir les lèvres. Trouvant l'idée bonne, je la lui ai empruntée pour en doter le nouvel instrument.

Enfin, j'ai ajouté un tube, contenant du coton, dans le bouchon du manche, pour dessécher les vapeurs d'essence.

Cet appareil a été depuis copié par plusieurs fabricants. On l'a même compliqué d'un double robinet, dont je ne vois guère l'utilité.

L'instrument que voici n'est pas encombrant comme le galvano-cautère, de plus, il supprime les vapeurs acides, dégagées par les piles ou les accumulateurs, si nuisibles aux instruments. Plus d'usure de zinc, ni de contacts pouvant s'oxyder, par suite pas d'entretien coûteux. L'appareil est toujours prêt à fonctionner.

En s'en servant plusieurs fois par jour, on consomme, dans une année, un litre d'essence minérale, que l'on trouve partout dans le commerce.

L'avantage sur l'ancien thermo-cautère est dans la suppression du double tuyau en caoutchouc et de la bouteille contenant l'essence,

qui était gênante pour l'opérateur, nécessitait l'emploi des deux mains ou d'un aide, et pouvait se renverser et donner lieu à des accidents.

L'appareil très élégant se compose :

1° Du manche ou carburateur sur lequel viennent se visser les différentes pointes-cautères en platine, ainsi que l'injecteur à air chaud ;

2° D'une soufflerie en caoutchouc, à deux balies, dont l'une, entourée d'un filet, sert de réservoir à air ;

3° De pointes-cautères de 5 modèles différents.

Le tout est renfermé dans une trousse en cuir contenant, en outre, un réservoir à essence et une lampe à alcool inversable.

Le carburateur comprend :

1° Un cylindre nickelé, à l'intérieur duquel se trouve un siphon entouré d'un feutrage, qu'on imbibe d'essence minérale ;

2° Un bouchon en corne se vissant sur le cylindre ;

3° Un séchoir se vissant sous le bouchon, rempli de coton, qu'on peut changer à volonté, destiné à absorber l'humidité de l'air carburé ;

4° Un isolateur en ébène, pour protéger les lèvres et la langue.

MODE D'EMPLOI

Dévisser le bouchon du carburateur, verser la valeur d'un dé à coudre d'essence minérale pour imbiber le feutre, *un excès de liquide est nuisible au bon fonctionnement*, — revisser le bouchon, y adapter la pointe-cautère choisie (éviter en vissant un cautère de le tenir par la pointe en platine qui est très mince) — fixer la soufflerie au manche — allumer la lampe à alcool ou un brûleur à gaz de Bunsen, chauffer la pointe en platine au milieu de la flamme et *ne faire fonctionner la soufflerie que lorsque la pointe est bien rouge.*

Si l'incandescence ne s'obtient pas immédiatement, c'est qu'un peu d'humidité s'est condensée dans la pointe; dans ce cas, il faut maintenir la pointe dans la flamme, et agir très doucement sur la soufflerie, jusqu'à ce que l'effet désiré soit obtenu.

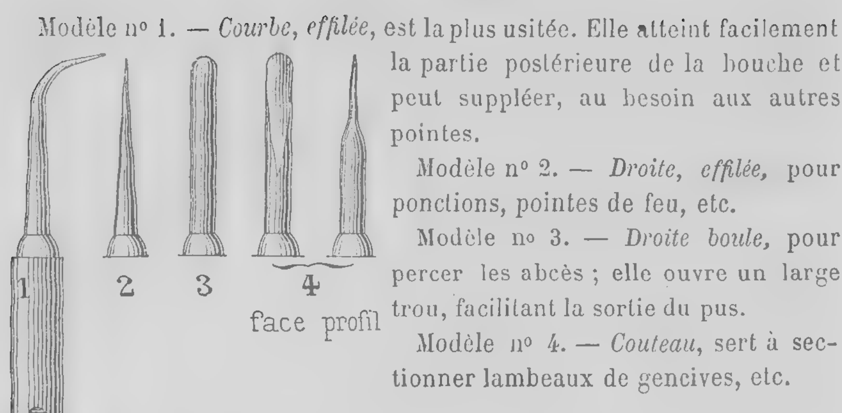
Il est inutile de remettre de l'essence à chaque opération : le carburateur, chargé ainsi qu'il est dit plus haut, peut fonctionner près d'une heure et, comme il n'y a pas d'évaporation, il peut marcher même un mois après avoir été chargé.

Quand l'incandescence ne se soutient plus, l'appareil a besoin d'être rechargé.

Conserver l'essence dans un bidon ou, à défaut, dans une bouteille bien bouchée et à l'abri de la lumière solaire qui décompose l'essence.

POINTES-CAUTÈRES

Modèle n° 1. — *Courbe, effilée*, est la plus usitée. Elle atteint facilement la partie postérieure de la bouche et peut suppléer, au besoin aux autres pointes.



Modèle n° 2. — *Droite, effilée,* pour ponctions, pointes de feu, etc.

Modèle n° 3. — *Droite boule,* pour percer les abcès ; elle ouvre un large trou, facilitant la sortie du pus.

Modèle n° 4. — *Couteau*, sert à sectionner lambeaux de gencives, etc.

Fig. 1.

MANUEL OPÉRATOIRE

L'instrument se tient entre le pouce et l'index de la main droite, à la façon d'un porte-plume. La soufflerie placée dans la paume de la main, est mue avec les trois autres doigts.

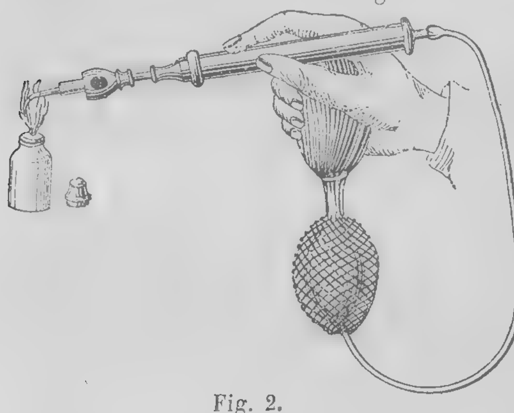


Fig. 2.

La main gauche est donc entièrement libre pour maintenir la tête du patient, écarter les lèvres, etc.

Il est inutile de porter les pointes au blanc incandescent, le rouge cerise est suffisant pour toutes les opérations.

Pour sectionner les portions de gencives obstruant les cavités des carie, éviter un contact prolongé du cautère, agir par petits coups répétés — opération moins douloureuse qu'au bistouri et évtiant l'effusion du sang.

Pour les pointes de feu dans la périosite, toucher légèrement une douzaine de points sur le trajet de la racine de la dent douloureuse.

Pour arrêter les hémorragies, il faut opérer au rouge sombre, qu'on obtient en modérant le jeu de la soufflerie.

Quand une opération est terminée, il faut, avant de poser l'instrument, activer la soufflerie pour obtenir le rouge vif et brûler ainsi le sang et les détritus fixés à la pointe. Séparer immédiatement le tuyau de la soufflerie du manche du carburateur (pendant que le cautère est rouge) pour que l'humidité ne se condense pas dans la pointe et que l'essence ne détériore pas le caoutchouc par un contact prolongé.

INJECTEUR D'AIR CHAUD A TEMPÉRATURE GRADUÉE

Nouveau système perfectionné. — Breveté S. G. D. G.
S'adaptant au carburateur.

Un certain nombre de praticiens avaient fait diverses remarques sur l'injecteur n° 5, notamment qu'il donnait une chaleur trop forte, inutilisable pour la dentine sensible, que l'incandescence de la pointe effrayait et pouvait brûler les patients, etc.

Nous sommes arrivé, grâce au bienveillant concours de M. Barbe, à combler ces lacunes, en modifiant complètement l'appareil, et à en faire un instrument indispensable à la profession, remplaçant avantageusement la poire à air chaud.

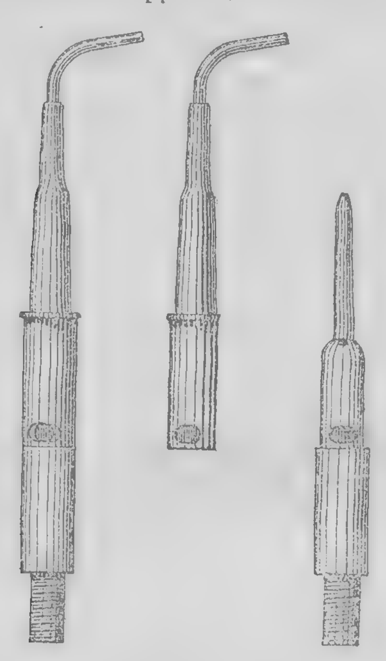


Fig. 3.

En effet, veut-on dessécher une carie à l'aide de la poire ordinaire en caoutchouc. dont on a chauffé la canule à une flamme quelconque, le premier jet d'air, surchauffé au contact du métal, est brûlant et produit une vive douleur. Puis, la chaleur diminue brusquement et le jet devient presque froid. Il faut chauffer de nouveau la canule et refaire passer son patient par toutes ces alternatives, jusqu'à ce que le résultat soit obtenu.

De plus, la pression sur la poire en caoutchouc produit des écarts d'angle considérables sur la pointe de la canule, surtout quand l'opérateur n'a pas de point d'appui et si la cavité est d'accès difficile : dans ces cas, on risque de brûler les lèvres ou la joue.

Avec le nouvel injecteur, ces inconvénients disparaissent; pas de mouvements pouvant se communiquer à la canule, un point d'appui fixe peut être pris sur les dents antérieures, grâce à l'isolateur en ébène, et le réservoir d'air étant gonflé, on a un jet d'air chaud régulier pendant près d'une minute, sans faire de nouvelle pression sur la soufflerie.

Cautère tout monté — (Grandeur naturelle)

Maintenant (et c'est là le perfectionnement) la température de l'air injecté peut être réglée à volonté par un mécanisme très simple, sans crainte de variation, de 40 degrés jusqu'à 150, en passant par tous les points intermédiaires, selon qu'on veut dessécher de la dentine sensible ou désinfecter une dent morte.

FONCTIONNEMENT

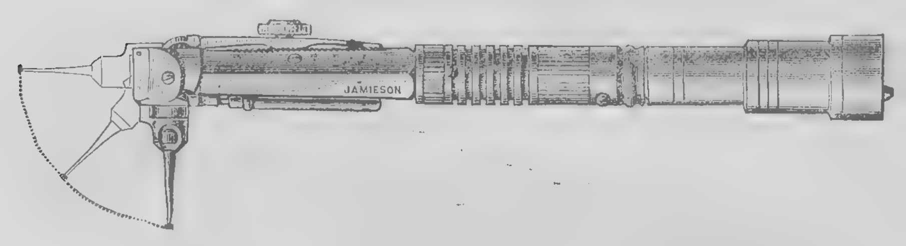
Chauffer la pointe en platine comme un cautère ordinaire ; lorsque l'incandescence est obtenue et le réservoir gonflé, adapter le capuchon.

Si le trou ⊖ du capuchon est en regard de celui de la pointe, on obtient le minimum de chaleur, soit 40 degrés environ.

En tournant le capuchon de manière à fermer le trou et à intercepter le passage de l'air, on obtient le maximum, soit 150 degrés.

En faisant occuper à l'orifice du capuchon les espaces intermédiaires entre ces deux extrêmes, on obtiendra la température désirée. Avec un peu d'habitude on arrive à régler instantanément l'appareil au degré voulu.

PIÈCE A MAIN UNIVERSELLE DE W. ET J. JAMIESON



Cette pièce à main est universelle en ce sens que l'extrémité qui porte la fraise peut être ajustée depuis la position horizontale jusqu'à l'angle droit et forme tout angle intermédiaire. Quelle que soit la position, elle peut être fixée par une vis qu'on meut au moyen d'une petite molette. L'emploi de cet instrument évite la perte de temps qui se produit quand on change la pièce à main et permet à l'opération de donner au manche l'angle convenable. Comme pièce à main c'est certainement la combinaison la plus ingénieuse et la plus utile qui ait jamais été inventée. Elle a été exposée au Congrès annuel de l'Association dentaire britannique à Londres en août dernier. Ceux qui l'ont essayée ont déclaré que c'est un instrument parfait.

MISCELLANEA

I. Les dents des Hawaiens et des Chinois. — II. Identité constatée par les dents.

I. — LES DENTS DES HAWAÏENS ET DES CHINOIS

Les Hawaïens d'autrefois avaient de bonnes dents, mais pas aussi bon-

nes qu'on s'est plu à le dire. Ils sont enterrés dans des cavernes de lave ou dans des fosses de sable au bord de la mer. Parmi les centaines de crânes que j'ai examinés et qui contenaient les maxillaires supérieurs et inférieurs, j'ai trouvé peu de cas ne présentant pas plus ou moins de caries, souvent des calculs salivaires et quelquefois des preuves de pyorhée alvéolaire. Dans un crâne, j'ai observé 8 abcès alvéolaires dans le maxillaire supérieur au moment de la mort. Les dents des anciens Hawaïens comme celles des Hawaïens modernes sont très régulières, mais la 3e molaire inférieure semble être souvent atteinte. J'ai un spécimen dans lequel cette dent de sagesse a causé une ankylose de la mâchoire. La 2e molaire était enlevée.

Les Hawaïens adultes d'aujourd'hui ont de meilleures dents que les Européens, tandis que leurs enfants ont peu d'avantage sur leurs camarades blancs. Cela provient sans doute de ce que les premiers mangeaient la nourriture simple de leurs ancêtres avant que la civilisation leur parvînt, tandis que leurs enfants suivent le régime étranger qui est moins simple.

Les Chinois ressemblent aux Hawaïens pour la force de leurs dents, dont ils ont toujours pris grand soin. Beaucoup, dans la classe supérieure, sont atteints de pyorrhée alvéolaire tandis que ceux de la classe ouvrière n'y sont pas plus sujets que les autres races. J'attribue cela en grande partie à leur fine poudre dentifrice de pierre ponce ou de silice, qui sépare la gencive des dents. Les irrégularités, particulièrement dans la 3e molaire, sont fréquentes dans toutes les classes.

J'ai examiné les dents des insulaires de l'Océan pacifique ; elles sont grandes, mais de mauvaise qualité, d'une couleur jaunâtre, opaque, avec un émail mou qui s'use et disparaît vite. La dentine a une forme particulière qui ne lui permet pas de retenir l'obturation. Elles sont sujettes à la périostite, mais n'ont pas subi l'influence de la civilisation.

(International dental journal.)

II. — IDENTITÉ CONSTATÉE PAR LES DENTS

Le 21 juillet 1890, un cadavre fut trouvé dans le Potomac, au-dessus de Georgetown. Une semaine auparavant, un habitant de Baltimore, résidant à Washington, avait disparu. Quelques jours après, le corps fut reconnu par un dentiste de Baltimore comme celui de cet habitant, d'après le travail de prothèse qu'il lui avait exécuté le 26 juin 1876, à l'âge de 24 ans. Ce travail consistait dans l'obturation d'une cavité de la couronne de la molaire droite de 12 ans, dans l'obturation d'une cavité proximale de l'incisive latérale droite, dans celle d'une cavité proximale de la dent œillère gauche, dans celle d une cavité de la couronne de la bicuspide postérieure gauche, enfin dans celle d'une cavité de la couronne de la dent de sagesse gauche, le tout dans le maxillaire supérieur. Il avait extrait trois dents antérieures et une bicuspide antérieure droite et il en manquait trois sur le côté gauche, une molaire et deux bicuspides. Il avait confectionné une pièce de 7 dents sur une plaque de caoutchouc pour le même maxillaire et il avait obturé dans la mâchoire inférieure un nombre de dents dont il se souvenait. Toutes ces obturations étaient des aurifications, excepté la dernière qui était à l'amalgame. La série de fausses dents était tombée ainsi, que la dent œillère gauche, par suite des manipulations qu'avait subies le corps.

Le dentiste fit des recherches dans ses livres et découvrit celui qui contenait l'indication de ces opérations en même temps que le diagramme de la bouche du mort. C'est grâce à ces données que le corps put être

reconnu, car, il avait été trouvé dans l'eau absolument nu et complétement décomposé, puis enterré, exhumé ensuite pour qu'on en découvrît l'identité, et comme celle-ci n'avait pu être constatée, il fut inhumé de nouveau, après quoi réexhumé et la tête seule fut présentée au dentiste.

Le *Daily Sun*, de Baltimore, a publié à ce sujet un article intitulé *Jurisprudence dentaire* dont nous extrayons ce qui suit :

« L'incident de Baltimore fait revivre la question de la juriprusdence dentaire, posée en 1883 par le Dr Richard Grady. Les preuves les plus frappantes de l'importance de cet élément ne résultent pas seulement du cas relaté ci-dessus, mais encore du cas du meurtre Goss-Udderzook et de 20 autres circonstances où l'identité fut établie par les dents. On peut ajouter à ceux-ci celui de la victime de la malle mystérieuse de St-Louis et du prince impérial de France tué en Afrique. »

(*American jonrnal of dental science.*)

NOUVELLES

Nous relevons avec plaisir les nominations suivantes d'officiers d'Académie ;

MM. Lecaudey, directeur de l'Ecole dentaire de Paris.
Poinsot, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.
Baron, chirurgien-dentiste à Montpellier.
Bégué, Fabre, Grimaldi, chirurgiens-dentistes à Paris.
Maurion dit de Laroche, chirurgien-dentiste à Versailles.

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs que, par décision ministérielle du 29 avril 1891, M. Fabre a été nommé chirurgien-dentiste de l'Ecole vétérinaire d'Alfort.

Nous sommes heureux de cette nomination d'un de nos diplômés à ce poste important.

Nous apprenons la fondation d'un nouveau professionnel : L'Avenir Dentaire, il a pour Directeur-Gérant M. E. Bonnard, son comité de rédaction est ainsi composé : MM. Banié, Billebaut, Billet, Connort, Delaunay, Maleplate, Ménétrier, Paulme, Quincerot.

Nous félicitons nos confrères de leur initiative et leur souhaitons plein succès.

Vol. 12. Paris, Février 1892 N° 2.

L'ODONTOLOGIE

A la suite de changements survenus dans la composition du Conseil de direction de l'Association générale des dentistes de France et résultant des élections du mois de janvier dernier, le journal l'*Odontologie* cessera d'être dirigé par M. Dubois et sera confié à un comité de rédaction composé comme il suit :

MM. Löwenthal, *administrateur-gérant.*
Touchard, *secrétaire.*
Martinier, *trésorier.*
Gravollet.
Tusseau.
Viau.

L'Odontologie continuera, comme par le passé, de s'occuper de toutes les questions intéressant l'art dentaire et de signaler les progrès accomplis, les découvertes et les méthodes nouvelles.

En prenant possession de cet organe la nouvelle rédaction croit de son devoir d'adresser à M. Dubois ses remerciements pour la compétence avec laquelle il a, pendant près de douze ans, dirigé l'*Odontologie* et assuré sa prospérité.

La Rédaction.

LES SINUS MAXILLAIRES

Par M. le Dr de la Jarrige.

Conférence faite à la Société d'Odontologie. Séance du 15 décembre 1891.

J'ai eu trop à me louer du bienveillant accueil que j'ai déjà reçu ici pour que je n'aborde pas avec confiance un nouveau sujet d'étude dont l'intérêt est tel qu'il ne manquera pas, je l'espère, d'attirer toute votre attention.

Je veux parler du sinus maxillaire et des affections dont il peut être le siège.

Comme vous le savez, les sinus maxillaires sont ces deux larges cavités qui, occupant les parties antérieures de la face, sont logées dans le maxillaire supérieur. Ils sont de forme grossièrement pyramidale, leur bord supérieur constitue la base inférieure de l'orbite, leur face interne est adossée à la face externe de la fosse nasale correspondante, et leur bord inférieur, *très mince,* forme la voûte des rebords alvéolaires des grosses molaires et des prémolaires.

Cette conformation anatomique vous indique assez et sans plus longs commentaires l'intérêt qui s'attache pour vous à ce voisinage immédiat, étant donné le retentissement fréquent du processus inflammatoire de l'alvéole ou d'une racine à l'intérieur du sinus.

Le sinus maxillaire est une cavité close, percé seulement d'une ouverture qui le met en communication avec la fosse nasale du même côté et qui aboutit au niveau du méat moyen.

Remarquez, en passant, le point élevé de cette ouverture ; elle ne permet, dans la position verticale, que l'issue au dehors du trop plein du liquide excrété.

Je me résume, et je vous dis : le sinus est en rapport en haut avec la base de l'orbite, en dedans avec la fosse nasale, en bas avec la voûte alvéolaire. Il résulte de cette conformation particulière que le processus inflammatoire du sinus peut s'étendre à ces trois appareils.

La muqueuse qui recouvre les parois de ces cavités n'est que la continuation de la muqueuse nasale, qui, après avoir envahi toutes les saillies, tous les reliefs et toutes les dépressions nasales, traverse l'orifice et vient tapisser la totalité de l'intérieur.

C'est vous dire que la muqueuse du sinus suit la bonne comme la mauvaise fortune de la muqueuse nasale.

Il est d'expérience que les inflammations *catarrhales aiguës* du sinus, consécutives aux inflammations *aiguës* de la muqueuse nasale, sont de peu d'importance, et que les symptômes s'apaisent en même temps que décline le catarrhe nasal.

Il n'en est pas de même des inflammations *chroniques*. Ces dernières offrent en elles-mêmes et par leurs conséquences beaucoup d'importance au point de vue pratique, parce qu'il s'y amasse une quantité de liquide, dont l'évacuation spontanée ou artificielle rencontre, en général, d'assez grandes difficultés, par les raisons anatomiques que je vous ai données tout à l'heure.

Deux causes principales peuvent amener l'inflammation du revêtement muqueux du sinus : d'abord les affections si fréquentes des fosses nasales peuvent s'y propager par continuité de tissu à travers l'ouverture du méat moyen, puis et surtout les *affections des alvéoles et des racines des molaires* qu'elles contiennent.

Plus la lamelle osseuse qui sépare le sommet des alvéoles de la cavité maxillaire sera mince, plus cette cavité aura d'ampleur, plus cette inflammation de voisinage aura chance de se produire.

Il va sans dire que lorsque la couronne de la dent est seule affectée sans retentissement vers la racine ou la paroi alvéolaire, le sinus ne court aucun risque ; mais qu'une ostéo-périostite envahisse un alvéole soit par carie de racine, soit par toute autre cause, le travail ulcératif a peu de chose à faire pour détruire cette mince cloison et constituer un trajet fistuleux. Que se passe-t-il alors ? Des agents d'inflammation et de putréfaction pénètrent dans le sinus et y provoquent une sécrétion abondante ayant de la tendance à se décomposer.

Le docteur Potiquet, qui a traduit avec un talent remarquable le

traité de Moldenhauer sur les maladies des fosses nasales, fait remarquer que c'est surtout la périostite des deux premières grosses molaires et des prémolaires qui cause la suppuration du sinus ; ce renseignement a son importance : il doit vous mettre en garde contre les complications qui pourraient survenir à la suite de l'extraction d'une des molaires et vous engager à stériliser la région par des antiseptiques.

La propagation de l'inflammation alvéolaire au sinus se fait lentement sans aucun trouble ni local ni général. Les malades s'aperçoivent seulement que, lorsque la tête est inclinée, il s'écoule par une narine, et toujours la même, un pus à odeur souvent fétide ; en même temps des douleurs tensives rayonnent vers la paroi latérale du nez. Si par hasard le trajet fistuleux vient à s'obstruer, la scène prend alors un caractère plus grave, car le pus continuant à s'amasser dans l'intérieur, les parois du sinus sont refoulées au dehors et cèdent là où la résistance est la moindre. On se trouve alors en face de phénomènes de compression qui occasionnent de l'exophtalmie si la compression se fait en haut du sinus, c'est-à-dire à la base de l'orbite, l'obturation de la fosse nasale si la compression est latérale et une mastication douloureuse, si elle se fait à la base.

Voilà pour les accidents immédiats et de voisinage, mais si la compression augmente, si le pus ne peut retrouver son écoulement au dehors par réouverture du trajet, ce liquide soumis à une pression considérable se résorbe, passe dans l'économie et peut provoquer des accidents d'infection purulente, car vous savez qu'il est toujours malsain de faire du pus dans quelque cavité que ce soit.

Maintenant que vous connaissez la genèse de la maladie, comment en établir le diagnostic ? Ce n'est pas toujours facile, surtout au début, alors que l'affection se trouve à la période que je n'hésite pas à qualifier d'insidieuse.

Dans cette première phase, les phénomènes de compression manquent complètement, ni exophtalmie, ni obstruction nasale, ni tumeur de la joue, etc. D'un autre côté, un moyen d'investigation sérieux vous fait défaut, je veux parler de l'examen des fosses nasales à l'aide du spéculum.

Toutefois, si, interrogeant le malade soupçonné, il vous répond que souvent il sent un liquide fétide sortir par le nez ou la bouche, que cet écoulement concorde avec une carie de molaire, vous êtes en droit alors de faire dans l'alvéole soupçonné un sondage prudent avec un stylet à bord mousse. Il va sans dire que c'est le stylet qui vous conduira et que vous vous contenterez de le tenir. Si le trajet existe, vous sentirez votre instrument pénétrer très avant ; si après cette première manœuvre, le stylet étant retiré, vous injectez un liquide quelconque avec une forte pression, et que le liquide (la tête étant inclinée en avant) ressorte par la fosse nasale correspondante, votre diagnostic est établi avec la plus complète certitude : vous êtes en face d'un abcès du sinus avec trajet fistuleux alvéolaire !

Il arrive souvent que dans la pratique les choses ne se passent pa.

avec cette simplicité ; quelquefois la racine ou une partie de la racine est restée dans l'alvéole et le tout est recouvert par un bourrelet gingival : quelquefois aussi l'ouverture du trajet, au lieu d'être à la partie inférieure, se trouve placée latéralement; dans les deux cas le stylet est d'une pénétration difficile et l'accès du sinus exigera, soit l'extraction du chicot, soit la régularisation de l'ouverture.

Un autre mode de diagnostic, qui n'est pas sans valeur, nous est fourni par la lampe électrique de Chardin.

Cette lampe, ainsi que je vais vous le montrer tout à l'heure, se place dans la bouche du malade. Nous allons éteindre pour un moment les becs de gaz et faire passer le courant. Vous voyez toutes les parois de la face se dégager en transparence. Supposez que l'un des sinus soit rempli de pus; comme le pus est opaque, la lumière ne le traversera pas, et nous aurons dans ce cas un côté éclairé alors que l'autre manquera de transparence. Tout indirect qu'il soit, ce procédé a son avantage.

Maintenant, le diagnostic étant bien établi, la purulence du sinus certaine, quel doit être le mode opératoire ? Quelle que soit la divergence des auteurs, je n'hésite pas à vous conseiller le moyen ou les moyens suivants :

1° Agrandissez bien l'ouverture avec votre tour (en un tour de main ou plutôt en un tour de pied la chose est faite) et placez un tube en or ou en platine ou en nickel, il importe peu. Ce tube sera percé de trous destinés à faciliter l'écoulement du pus. Vous éviterez de la sorte la stagnation des humeurs qui peut devenir la cause d'accidents complexes, vous transformerez ainsi une plaie fermée en une plaie ouverte que vous pourrez traiter antiseptiquement, c'est-à-dire efficacement.

Néanmoins, il ne faut pas vous dissimuler, et vous ne manquerez pas d'en prévenir vos malades, que, malgré toute votre habileté, l'affection durera un temps très long. Pour le raccourcir, je vous propose un moyen préconisé déjà : c'est le curetage.

Le curetage des cavités est loin d'être chose nouvelle, on curette bien l'utérus catarrheux, pourquoi ne pas cureter le sinus catarrheux ? Rationnellement ce procédé s'impose.

Il s'impose d'autant mieux que, s'il est fait avec prudence, il ne doit entraîner à aucune complication sérieuse, sans compter qu'il devra abréger considérablement la durée de l'affection et par conséquent vous procurer la satisfaction que l'on éprouve toujours d'avoir fait œuvre utile ; je ne parle que pour mémoire de la reconnaissance des malades que l'on rencontre quelquefois.

Cette reconnaissance, vous devrez la priser très haut, ainsi qu'on doit le faire pour les choses rares.

FRACTURE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR AVEC PLAIE CONTUSE DU MENTON CHEZ UN ENFANT DE 6 ANS. APPAREIL CONTENTEUR INTRA-BUCCAL

Par M. Gravollet-Leblan,

Chef du Laboratoire de l'Ecole dentaire de Paris.

Communication à la Société d'Odontologie. Séance du 19 janvier 1892.

L'opération dont je veux vous entretenir ayant été faite sur un malade de la clientèle d'un médecin de mes amis, qui exerce à Grougis dans l'Aisne, je ne crois pouvoir mieux faire que de débuter par vous lire l'observation qu'il a bien voulu rédiger à ce sujet ; je terminerai par la description de l'appareil.

« Le 10 juin 1890, le jeune Venet, âgé de 6 ans, est renversé par un cheval attelé à une voiture de boulanger.

» Une roue du véhicule lui passe sous le menton en lui produisant une plaie assez profonde et une fracture du maxillaire inférieur, siégeant entre l'incisive centrale et l'incisive latérale gauche ; ce trait de fracture, partant de l'intervalle des incisives gauches, descend obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, de manière à rejoindre la symphyse sur le bord inférieur du maxillaire.

» La gencive est déchirée, les incisives et la canine gauches sont ébranlées, l'incisive latérale gauche est même en partie sortie de son alvéole, le choc a agi directement, de sorte que la fracture se trouve juste au dessus de la plaie, et le poids de la voiture a repoussé si fortement en haut le fragment le plus court que le déplacement vertical égale presque un centimètre.

» Un peu de déplacement en arrière et très léger écartement horizontal.

» Appelé 10 jours après l'accident, je trouve le blessé en possession d'une sorte de fronde formée de bandelettes de diachylon et placée dès le début par un confrère ; cet appareil, qui avait la prétention de maintenir les fragments, ne maintenait rien en réalité et avait de plus l'inconvénient d'empêcher de donner à la plaie du menton les soins tous particuliers qu'elle réclamait.

» L'écartement vertical n'avait pas diminué et, par suite, la consolidation n'avait pas fait un pas.

» Etant données les difficultés de maintenir la réduction, la nécessité de laisser la plaie libre afin de pouvoir la nettoyer et la panser plusieurs fois par jour, l'impossibilité de prendre aucun point d'appui sous le menton (les appareils employés en pareil cas me paraissaient insuffisants ou inapplicables) je pensai qu'il restait deux moyens d'arriver à un résultat favorable, la suture osseuse ou un appareil de prothèse, prenant des points d'appui sur l'arcade dentaire seule. Je m'arrêtai à ce dernier moyen, en me rappelant un appareil que mon ami, M. Gravollet, avait fait en 1884 pour un artilleur qui présentait une fracture double du maxillaire inférieur par un coup de pied de cheval.

« Sur mes instances, M. Gravollet exécuta pour mon blessé un appareil que je lui laisse le soin de montrer et de décrire ; je dirai seulement que le résultat est parfait, l'adaptation complète, et que les dents permanentes qui ont depuis remplacé les dents de lait sont implantées régulièrement, et pourtant 7 petites esquilles sont sorties par la plaie gingivale.

» Je fis faire plusieurs fois dans la journée des lavages à l'eau boriquée.

» Pendant les 15 premiers jours le malade fut nourri avec des aliments liquides, après ce temps il put manger des aliments demi-solides et l'appareil fut enlevé au bout d'un mois, quand la consolidation fut complète.

» Quelques ulcérations grisâtres et saignantes siégeant sur le bord gingival furent vite modifiées et guéries, par un seul attouchement avec un collutoire à l'acide chlorhydrique et des gargarismes au chlorate.

» La mise en place de l'appareil n'était pas des plus faciles et peut même offrir des difficultés assez sérieuses, surtout chez les enfants qui manquent toujours de docilité; cependant j'ai pu le placer seul et sans chloroforme et je crois que, dans la plupart de ces cas, on pourrait se dispenser d'avoir recours à l'anesthésie.

» Dr Daillet. »

Comme vous le voyez par ce qui précède, la plaie du menton ne nous permettait pas de songer à l'application d'une fronde ou d'une mentonnière; il fallait se cantonner dans la bouche.

Je pris des empreintes au plâtre et je rétablis les rapports des fragments entre eux par le moyen le plus usité, je crois, c'est-à-dire à l'aide de l'articulation.

Je construisis très sommairement une chappe en argent recouvrant toutes les dents inférieures en ménageant une ouverture laissant libres les quatre incisives et deux autres ouvertures aux extrémités postérieures, pour permettre les lavages antiseptiques de la plaie buccale et afin de s'assurer d'une façon certaine, après l'application de l'appareil, que les deux fragments étaient en rapport parfait.

Le moyen de rétention que j'employai pour fixer solidement cet appareil est celui-là même qui m'avait si bien réussi en 1884, dans un cas semblable, chez un sujet adulte. Il est des plus simples et consiste en 4 petites clavettes ou verrous qu'on introduit dans les espaces interdentaires en leur faisant traverser l'appareil de part en part et qu'on recourbe à chaque extrémité afin de les immobiliser ; de cette façon la fixité est complète.

Si cet appareil rend de grands services dans les cas de fractures avec plaies, il n'est pas moins très avantageux dans les autres. En supprimant la mentonnière, et par cela l'immobilité de l'articulation temporo-maxillaire, il permet au malade de parler et de boire pendant toute la durée du traitement et souvent, comme dans le cas présent, de manger des aliments demi-solides après quelques jours.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 19 janvier 1892.

Présidence de M. Ronnet, vice-président.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. Ronnet. — A notre grand regret, M. Gillard, qui est souffrant, n'a pas pu venir présider la réunion de ce soir et, de son côté, M. Löwenthal, notre secrétaire général, est atteint d'un enrouement, malgré lequel il a tenu à se rendre parmi nous, mais qui l'empêchera

de lire le procès-verbal. C'est M. Gravollet qui le remplacera pour cela.

M. Gravollet donne lecture du procès-verbal.

M. Josef fait remarquer que le massage peut durer 5 minutes au maximum et non 15 à 20 minutes, comme le porte le compte rendu.

M. Roy fait remarquer qu'il a prononcé les paroles suivantes, au lieu de celles que lui attribue le procès-verbal : *Le chlorure de zinc, par exemple, qui donne de bons résultats dans l'utérus, peut être employé avantageusement dans le sinus. On lui reproche en gynécologie de provoquer de l'atrésie de la cavité utérine, mais cette complication n'est pas à craindre dans le sinus.*

Sous le bénéfice de ces observations, le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

I. — Appareil contenteur pour fractures du maxillaire, par M. Gravollet

M. Gravollet donne lecture d'une observation sur ce sujet (insérée aux *Travaux originaux*) et présente l'appareil.

Discussion

M. Francis Jean. — Combien de temps le traitement a-t-il duré?

M. Gravollet. — Un mois.

M. Viau. — Les clavettes ont-elles été bien supportées ?

M. Gravollet. — Très bien.

M. Francis Jean. — L'appareil a-t-il été à poste fixe pendant un mois?

M. Gravollet. — Oui.

M. Ronnet. — J'ai vu un appareil analogue de M. Gravollet en 1884 et le résultat a été parfait.

M. Gravollet. — Cet appareil donne une fixité très grande.

M. Ronnet. — Les dents n'étaient pas rapprochées?

M. Gravollet. — Si, elles se touchaient. Ce qui est intéressant, c'est que le premier médecin avait simplement bandé la plaie avec du diachylon.

M. Ronnet. — C'est vous qui avez pris l'empreinte?

M. Gravollet. — Oui, j'ai revu le sujet un an après. Actuellement les quatre incisives inférieures ont repoussé.

M. Deschaux. — Au moment de l'empreinte comment empêchez-vous le chevauchement?

M. Gravollet. — Je ne m'en préoccupe pas.

M. Touchard. — Un appareil analogue à celui de M. Gravollet a été placé par M Martinier sur un homme d'un certain âge à la clinique et a donné d'excellents résultats. Avec ce système la contention est parfaite.

M. Gravollet. — Dans le cas de M. Martinier, nous avions percé les trous d'avance et traversé les espaces interdentaires avec le foret.

M. Deschaux. — Quelle était la fracture dans ce cas?

M. Gravollet. — Elle était à peu près semblable.

M. Ronnet. — Antéro-postérieure

M. Gravollet. — M. Martinier ne fut appelé que trois semaines après et il prit quatre ou cinq jours pour confectionner l'appareil, de sorte qu'il y avait un commencement de consolidation, ce qui rendait l'opération plus difficile.

M. Lemerle. — Pour la fixation, le système dont vous parlez est assez pratique, mais moi, j'emploie le fil d'argent.

M. Francis Jean. — C'est le système Gaillard.

M. Lemerle. — Oui, et c'est le dentiste qui en a la clef. Avec l'habitude on enfile aisément les fils.

M. Gravollet. — Quand les dents sont serrées il faut de la rigidité.

M. Lemerle. — On passe toujours et c'est très pratique.

M. Gravollet. — Dans le cas d'appareil contenteur pour fracture, il faut plus de fixité que pour un appareil de redressement. Les chevilles sont toujours de la grosseur de l'espace interdentaire.

M. Lemerle — Avec le fil d'argent il n'y a pas de mouvement, mais il faut qu'il soit bien vrillé.

M. Gravollet. — Je l'ai fait descendre plus bas que le rebord gingival.

M. Ronnet. — Nous devons remercier M. Gravollet de son intéressante observation, d'autant plus qu'il s'agit d'un enfant de six ans chez lequel nous avions à craindre la deuxième dentition. Dorénavant nous pourrons recourir à son système.

M. Lemerle. — M. Gravollet veut-il bien faire hommage au musée de son appareil ?

M. Gravollet. — Avec plaisir.

II. — Action septique du tartre dans la production de la gingivite, par M. Viau

M. Viau. — Ce petit article ayant été publié dans l'*Odontologie*, désirez-vous que je vous en donne lecture ?

M. Touchard. — Cela vaut mieux, car cela remémorera les faits.

M. Viau lit sa communication.

Discussion

M. Francis Jean. — M. Viau croit-il à l'action septique du tartre brun des fumeurs ?

M. Viau. — Non, car en supposant un fumeur qui soigne ses dents, le tartre est fin.

M. Francis Jean — Je crois que ce tartre est dépourvu de septicité.

M. Viau. — Il me semble inoffensif.

M. Bonnard. — Le bord gingival semble décollé et il paraît en sortir du pus.

M. Viau. — Vous pouvez vous trouver en face d'une diathèse.

M. Touchard. — Ou même d'une périostite alvéolo-dentaire. Il faut conclure de cette communication que M. Viau jette une idée

nouvelle sur la cause déterminante de certaines gingivites. Certains attribuent au tartre une action purement mécanique; par exemple, MM Papot et Chauvin. M Galippe a démontré, de son côté, que l examen microbiologique du tartre donne des microbes. Puisqu'il existe des microbes dans la bouche et la salive, le tartre peut en contenir aussi, capables de déterminer non pas une gingivite immédiate, mais de former une porte d'entrée microbienne. M. Viau vient d ouvrir le champ à une théorie nouvelle et je ne puis que l'encourager dans ses expériences, car il est certain que dans les gingivites il y a un point inconnu.

M. Viau. — Il est évident que, dans mon observation, ce sont des subtilités; mais j'ai peut-être fait un pas au-delà de ceux déjà faits. On avait admis une grande action du tartre sur les corps étrangers et ces observations avaient été faites à la clinique. Tout en tenant compte des travaux de M. Galippe, je ne les ai pas contrôlés, mais je crois que l'observation minutieuse que j'ai faite est plus en rapport avec les bouches des gens que nous voyons dans la clientèle, qui sont d'un autre milieu que ceux de la clinique.

M. Deschaux. — M. Touchard a parlé d'arthrite gingivale Quelle est cette affection?

M. Touchard. — J'ai parlé d'arthrite dentaire. Il existe une affection que M. Dubois, professeur de pathologie dentaire, acceptant l'insertion des dents dans l'alvéole, appelle *arthrite.*

M. Deschaux. — Le néologisme est mauvais.

M. Viau. — Il y a des médicaments qui passent de mode, peut-être aussi que certaines maladies disparaissent!

M. Ronnet. — Le travail de M. Viau est très intéressant et l'observation de M. Touchard n'est pas moins intéressante. Je recommande aux jeunes praticiens de scruter cette question. Il y a 40 ou 45 microbes dans la bouche à l'état sain, qu'est-ce donc dans une bouche pathologique? Je désirerais qu'à l'avenir chacun nous apportât des communications travaillées, permettant d'ajouter une pierre à cet édifice de la théorie des microbes.

III. — Observations sur deux cas de transplantation, par M. Choquet

M. Tusseau. — J'ai reçu d'un confrère, M. Choquet, de Toulouse, deux observations qu'il m'a chargé de vous communiquer en même temps que de vous présenter les moulages. (Il donne lecture de ces notes, insérées aux *Travaux originaux.*)

Discussion

M. Gravollet. — Je crois avoir entendu qu'après la première opération on a pris l'empreinte au plâtre, mais ce n'est aucune des deux qu'on a envoyées.

M. Tusseau. — Ce n'est pas indiqué; mais les deux modèles représentent deux cas de la même personne.

M. Ronnet. — Il a été dit dans cette communication des choses assez bizarres, d'ailleurs.

M. Ronnet. — Je dois vous prévenir, puisque malheureusement M. Gillard n'est pas là et qu'il vous l'aurait dit lui-même, que c'est aujourd'hui la dernière séance de l'année. La prochaine fois vous procéderez à des élections et confierez le soin de vous présider à celui que vous en jugerez digne. Pour ma part, quoique je ne veuille point faire de candidature officielle, puisque M. Gillard n'est pas ici, je crois devoir dire que vous ne pouvez mieux faire que de lui renouveler un mandat qu'il a rempli au-delà de toute espérance.

La séance est levée à 10 heures 10.

Le Secrétaire,
Ed. Löwenthal.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE ET SOCIETE CIVILE DE L'ECOLE ET DE L'HOPITAL DENTAIRES LIBRES DE PARIS

RAPPORT

Présenté à l'assemblée générale annuelle du mardi 26 janvier 1892, de l'Association générale des dentistes de France, par M. J. Tusseau, secrétaire général.

Messieurs,

L'année que nous venons de passer a été marquée par des événements qui touchent aux intérêts les plus chers de la profession et en particulier pour l'Association, par des incidents nombreux et répétés, survenus parmi ceux qui ont l'honneur et la mission de la diriger.

Jusqu'au mois de janvier 1891 on peut dire que l'Association avait marché comme un seul homme parce qu'elle était depuis sa fondation entre les mêmes mains et que personne ne songeait à voir comment et pourquoi elle était menée dans un sens plutôt que dans un autre. Nous avions confiance dans nos gouvernants et nous les laissions faire. Pourtant il existait au sein de ce Conseil des membres qui pensaient timidement que tout n'était pas pour le mieux dans la meilleure des Associations et qu'il y avait bien peut-être d'ici et de là quelques observations à adresser, même quelques critiques à formuler. Je me hâte d'ajouter que ces observations étaient faites, mais qu'il n'en était pas tenu compte. Aussi le nombre de ces membres s'accrut-il peu à peu, tant et si bien qu'ils voulurent faire prévaloir leurs idées qui, auparavant, étaient méconnues.

Les élections de janvier 1891 amenèrent au Conseil des membres nouveaux, plus jeunes d'années que leur prédécesseurs et animés comme eux du désir de bien faire et d'introduire dans le fonctionnement et la gestion des diverses branches de l'Association les réformes qui leur semblaient nécessaires ou simplement utiles, leur supériorité numérique les mettant en majorité. Il paraît que ce fut un malheur pour la Société. Les membres de la minorité (car il faut bien

leur donner un nom), étonnés de recevoir parmi eux des nouveaux qui, n'étant pas rompus comme eux aux détails de l'administration, se croyaient cependant le droit d'avoir leurs idées personnelles en la matière, virent probablement d'un mauvais œil ce qu'ils auraient peut-être qualifié d'intrusion si leur bonne éducation le leur eût permis. Il faut croire que les *nouveaux* avaient tort d'être élus. On le leur fit bien sentir.

Nous ne craignons pas d'être taxé d'exagération en affirmant que, depuis leur entrée au Conseil, les membres de la majorité eurent à lutter contre les difficultés les plus vives, renaissant sans cesse, et rencontrèrent une résistance opiniâtre et l'obstruction la plus effrénée. Tout d'abord, par suite d'une entente qui serait vraiment admirable en d'autres cas, ce fut un parti pris chez certains membres de ne vouloir accepter aucun poste. Est-ce à cette décision que vous devez de ne pas voir cette année à cette place le secrétaire général qui pourtant la remplissait fort bien?

Et comme s'il n'était pas suffisant de refuser les candidatures pour les postes auxquels il fallait des titulaires, plus tard et peu à peu, comme pour jeter le désarroi, nous eûmes la démission de M. Chauvin comme membre du Conseil et comme professeur à l'Ecole. Provient-elle de la même cause? Peut-être. Dans la suite. M. Ronnet se démit de ses fonctions de trésorier. M. Dubois lui-même — qui l'eût cru? — se trouvait incompétent pour juger un concours de prothèse! Voulait-on ainsi témoigner d'un mécontentement ou d'un mauvais vouloir ou simplement nous laisser dans l'embarras? Mystère.

Toutefois, comme les orages ne peuvent toujours durer, il y eut un répit, une sorte de trêve et on se mit à s'occuper d'administration. Tout paraissait aller pour le mieux, quand le vote de la loi sur l'exercice de la médecine par la Chambre des députés, éclatant comme une bombe, vint jeter à nouveau la discorde parmi nous.

Pour examiner la situation faite à la profession par ce vote inattendu, le Conseil de Direction nous réunit en Assemblée générale extraordinaire le 7 avril dernier. En présence de la nécessité de subir cette loi, il fallait tâcher d'obtenir les atténuations que comporte la situation acquise par les praticiens en exercice et sauvegarder les intérêts de l'Ecole. Divers amendements furent votés pour être présentés au Sénat, et la question de la liberté d'exercice, posée par M. Godon fut repoussée, ne recueillant juste que 12 voix, une douzaine. Ce fut le signal d'une division qui, depuis lors, n'a fait que s'accentuer de jour en jour.

Revenant hardiment à l'idée de liberté qu'il avait soutenue antérieurement, il est vrai, et à laquelle s'était rallié M. Chauvin, pour le bien de l'Ecole, dit-on, ces messieurs s'agitèrent autour de cette idée et conçurent l'organisation d'une ligue, consacrée à la défense de la liberté professionnelle de l'art dentaire (Manifeste du 17 mai 1891). Cette ligue fut d'un enfantement laborieux et il fallut, au début, prendre des membres un peu partout. Quoiqu'il en soit, elle se constitua, et on vit ce spectacle, curieux et instructif à la fois, d'un vice-président de l'Association générale des dentistes de France, di-

recteur-adjoint de l'Ecole dentaire de Paris, lorsque la première venait de se prononcer énergiquement pour la réglementation, et lorsque la seconde personnifiait elle-même la réglementation, d'un fonctionnaire, dis-je, chargé de représenter et d'appuyer les desiderata de l'Association en matière de réglementation, incarner en sa personne la résistance à cette idée et se faire le champion de la liberté! Nous vous laissons le soin d'apprécier la rectitude de cette conduite.

Je ne vous ai pas parlé tout à l'heure d'une démission qui, plus que toutes les autres, nous tenait à cœur. C'est à la Ligue encore que nous la devions. Notre si sympathique président, M. Lecaudey, était très affecté par des articles parus dans le *Monde dentaire* et bien résolu à se retirer. M. Lecaudey est revenu sur sa décision et nous avons la satisfaction de le voir encore à la tête de l'Ecole et de l'Association.

Mais ceci n'est qu'un côté de la question, car, ce qui n'est pas moins grave, en même temps que la Ligue, renaissait et se développait au sein du Conseil, avec une intense vivacité, l'esprit de division qui n'était qu'assoupi et il devint dès lors impossible à la majorité de travailler au bien de l'institution. Des discussions étaient soulevées à tout propos, des lectures et des rectifications de procès-verbaux occupaient toutes les séances, des récriminations, incessamment formulées, empêchent qu'on abordât l'ordre du jour et, avec des séances répétées, finissant à minuit, on se séparait sans avoir rien fait. Il y a en politique une tactique d'opposition qui consiste à jeter des bâtons dans les roues chaque fois que le parti au pouvoir veut agir ou simplement parler, pour lui reprocher ensuite son incapacité et le néant de sa gestion. Elle réussit quelquefois en politique ; nous sommes convaincu qu'elle sera condamnée ici.

C'est, disions-nous tout à l'heure, le vote de la loi sur l'exercice de la médecine qui avait mis le feu aux poudres. Cette loi, si vous savez quelle situation elle fait à la profession, vous ignorez certainement dans quelle position elle mettait le nouveau Conseil.

La commission de réglementation élue le 17 février 1891 et comprenant MM. Lecaudey, Dubois, Papot, Godon et Ronnet, crut sa mission terminée après le vote de la loi et démissionna le 4 mars. Une commission provisoire, composée de MM. Viau, Dubois, Godon, Ronnet et Papot, fut chargée à la même date de la remplacer et vit ses pouvoirs expirer avec l'assemblée du 7 avril. Le 21 du même mois, une commission définitive lui était substituée et comptait 5 commissaires : MM. Viau, Lecaudey, Touchard, Gravollet et Francis Jean ; mais cela ne se fit pas sans difficultés, dont les procès-verbaux, heureusement publiés, conservent la trace. Cette commission représentait en entier les idées émises par ladite assemblée et devait les soutenir auprès des Pouvoirs Publics, Aussi fut-il fait des remontrances sérieuses aux membres du Conseil qui voulaient persister à outrance dans leur attitude intransigeante, sans obtenir satisfaction à cet égard.

Comme il était inadmissible qu'ils continuassent leur campagne en faveur de la liberté, alors que, mandataires de l'Association qui

s'était prononcée pour la réglementation, ils avaient le devoir de soutenir celle ci ou tout au moins de ne pas la combattre, tout en restant maîtres de leurs opinions personnelles sur la question, un ordre du jour fut proposé, blâmant l'attitude qu'ils observaient. Une proposition subsidiaire d'arbitrage fut adoptée et l'arbitre choisi fut le conseil judiciaire de l'Ecole. Celui-ci trouva qu'au point de vue du droit strict cette conduite était régulière. Toutefois M. Godon, craignant que la campagne qu'il soutenait et qu'il promettait solennellement de continuer ne l'amenât à des actes publics pouvant provoquer de nouveaux incidents au Conseil, nous remit le 19 mai sa démission de vice-président du Conseil de direction et de directeur-adjoint de l'Ecole dentaire de Paris.

Aussitôt constituée, la commission se mit à la besogne et désigna pour rapporteur M. Touchard, qui soumettait son rapport dès le 19 mai à l'approbation du Conseil de direction. L'impression et la distribution de ce rapport aux membres du Sénat et de l'Association étaient votées le jour-même, et, dès les premiers jours de juin, ce document était expédié à tous les sénateurs. Ce rapport consacrait les modifications demandées par l'Association générale le 7 avril et ajoutait un paragraphe additionnel à l'article 5 pour régler la situation des dentistes en exercice au moment de la promulgation de la loi. Le rapporteur eut l'heureuse idée de faire suivre son travail d'extraits des discours prononcés par des personnalités scientifiques et politiques aux séances de réouverture des cours, pour montrer l'estime dans laquelle était tenue notre Ecole et peut-être pour rappeler aussi des engagements pris antérieurement par quelques-unes d'entre-elles.

Ce ne fut pas tout. La commission sénatoriale chargée de l'examen du projet de loi une fois nommée, c'est-à-dire le 8 juin, votre commission de réglementation lui demanda d'être entendue pour lui présenter vos doléances, et, le 25 juin, à 10 heures du matin, une délégation, composée de MM. Lecaudey, Touchard et Viau, était reçue au Luxembourg. Ainsi, ce que la commission de 1890 n'avait pu ou su faire, celle de 1891 était assez heureuse pour l'obtenir immédiatement. Il est vrai que si la commission du Palais-Bourbon avait refusé nos délégués d'alors, elle avait peut-être de bonnes raisons pour cela. En tout cas c'était un succès.

Ce ne fut pas le seul. Les délégués eurent la bonne fortune de rencontrer au Sénat un excellent avocat de leur cause, sur lequel ils n'avaient point compté et dont la voix, dans la circonstance, devait avoir une certaine autorité.

Là ne se borna pas le rôle de votre commission de réglementation. Dans une série d'entrevues qu'elle fut assez heureuse pour avoir, soit avec le commissaire du gouvernement, soit avec le président de la commission sénatoriale, elle parvint à faire accepter quelques-unes de ses idées qui furent introduites dans la loi et qui adoucirent les dispositions qui nous touchaient le plus vivement. Il ne m'appartient point d'entrer plus profondément dans ce sujet puisqu'il fait l'objet d'un nouveau rapport de M. Touchard que vous avez entendu à l'as-

semblée générale extraordinaire du 12 janvier et que vous avez approuvé. Qu'il me suffise d'enregistrer ce succès à notre actif et de remercier les membres de la Commission de leur dévouement à la profession.

Ce ne fut pas le dernier, car, comme les mauvaises choses, les bonnes vont toujours par séries. Je crois, en effet, qu'il faut compter comme un succès, sans précédent celui-là, l'éclat de notre séance de réouverture des cours. C'est la première fois qu'un délégué officiel du Gouvernement, en même temps que les encouragements des Pouvoirs Publics, venait nous apporter une récompense méritée par notre vénéré directeur et la promesse de la même faveur pour M. Poinsot, promesse tenue depuis puisque M. Poinsot est compris dans la promotion qui vient d'être signée. Ils nous apportait aussi l'engagement solennel de nous accorder la reconnaissance d'utilité publique que nous sollicitons depuis onze ans. Ce sont là des faits qu'il n'est pas possible de contester et qui ne prouvent pas seulement que nous avons fait quelque chose, mais que peut-être nous avons mieux fait que nos devanciers.

Bien peu savent peut-être — et c'est pour cela qu'il est bon de le leur dire — que cette brillante séance d'inauguration fut sur le point d'être manquée et même de ne pas avoir lieu. Quelques jours avant, MM. Godon et Chauvin firent faire auprès de M. Monod — ainsi que celui-ci d'ailleurs l'a déclaré publiquement dans son discours — une démarche pour lui demander, en raison de l'état de divisions où nous nous trouvions, de ne pas parler de réglementation. Or la majorité du Conseil avait antérieurement, dans une entrevue avec le ministre de l'Intérieur, prié celui-ci de déléguer M. Monod pour le répresenter, et, comme on le conçoit bien, il était impossible au Directeur de l'Hygiène et de l'Assistance publiques, au représentant du Gouvernement, de ne point aborder cette question. Celui-ci se trouva fort embarrassé et soumis, comme il nous l'a dit lui-même, au supplice de l'écartèlement; il hésitait donc à venir et, 48 heures avant notre séance d'ouverture, nous allions nous trouver sans président, après avoir annoncé cette présidence. Ainsi, par suite des démarches de MM. Godon et Chauvin, alors que le premier s'était engagé à n'en pas faire en tant que membre du Conseil de direction, cette imposante solennité était compromise. Pourquoi? Toujours assurément à cause de l'état d'esprit que nous signalions en commençant.

Les distinctions accordées dans le cours de l'année à notre personnel enseignant témoignent également de l'estime dans laquelle est tenue notre institution et des services qu'elle rend tant à l'art dentaire et à l'enseignement professionnel qu'au public.

D'ailleurs la situation prospère de l'Ecole était bien faite pour les provoquer. Le plus grand nombre d'élèves, 107, a été atteint dans l'année scolaire 1890-91. Vingt-deux diplômes ont été décernés à la suite des examens. L'étranger continue à nous envoyer un contingent d'étudiants de plus en plus fort. Il est vrai que le Conseil s'efforce de rendre plus complet le programme d'enseignement et a notamment fixé à 2 ans la durée de certains cours, au lieu d'un an.

Le corps enseignant a été augmenté, à la suite d'un brillant concours, M. Francis Jean a été nommé professeur suppléant de clinique, M. Loup chef de clinique, M. Martinier chef de clinique de prothèse et M. Löwenthal suppléant du chef du laboratoire de prothèse. Le Conseil a également nommé 7 nouveaux démonstrateurs, il a enrichi l'Ecole d'un jardin botanique et fait l'acquisition de dix nouveaux fauteuils.

Le budget de l'Ecole est toujours florissant et accuse au 31 décembre 1891 la somme de 52. 709 fr. 03.

En face des ressources dont dispose l'Ecole il convient de mentionner les soins donnés aux 25.000 malades qui sont venus les lui demander. Comme la population suburbaine, aussi bien que celle de Paris, est appelée à profiter de cet avantage, le Conseil général de la Seine a voulu le reconnaître par une subvention annuelle de 500 francs et la Ville de Paris par une autre du même chiffre, à laquelle s'ajoutent les deux bourses de 400 francs chacune déjà accordées antérieurement. La situation de l'Ecole est donc des plus brillantes.

Les autres branches de notre groupement professionnel n'offrent pas un coup d'œil moins satisfaisant. La Société d'odontologie a continué de se livrer à l'étude des questions scientifiques qui constituent sa spécialité, ce qui ne l'a pas empêchée entre temps de procéder à une refonte de son règlement intérieur. Aux communications habituelles de ses membres sont venues s'ajouter dans le cours de l'année des conférences scientifiques des plus intéressantes pour notre art — notamment celle de M. le Dr de la Jarrige — faites par des confrères de passage aussi distingués que complaisants.

Notre organe, l'*Odontologie*, a conservé le rang qu'il occupe dans les publications professionnelles, et les fréquents emprunts que lui font en le citant ses confrères de l'étranger témoignent suffisamment de l'intérêt qui s'attache à sa bonne réputation et à son rôle comme propagateur des progrès de l'art du dentiste.

Notre comité syndical continue sa marche ascendante et la confiance qu'on lui accorde nous fait espérer un développement plus complet de cette branche de notre Association. Tous les ans, des circulaires sont adressées aux Juges de paix, les informant que le Comité se tient à leur disposition pour tous les différends professionnels qui leur sont soumis et, cette année, le comité a la satisfaction d'enregistrer une conquête de plus, la Justice de paix du 5° arrondissement. Il convient de mentionner également l'arbitrage que le tribunal de commerce lui a confié.

Aucune demande de secours n'a été faite à notre Caisse de prévoyance pendant l'année par les membres de l'Association. Cette caisse, qui possède aujourd'hui une somme de 5766 fr., est dans une situation des plus prospères qui permettra dans l'avenir de secourir plus largement les infortunes qui lui seront signalées.

Notre musée, confié aux soins éclairés de M. Lemerle, est aujourd'hui bien différent de ce qu'il était lors de sa fondation. Sachant que les écoles américaines ne sont pas très riches à cet égard, l'Ecole

dentaire de Paris a tenu à honneur d'avoir des collections dignes d'elle et présentées dans un ordre qui rende les recherches aussi faciles que fructueuses. Après un travail de classement comprenant l'anatomie humaine, l'anatomie comparée, la dentisterie opératoire, la prothèse buccale, l'outillage dentaire et les sciences naturelles, il a été procédé à l'étiquetage des pièces et à leur placement dans des vitrines semblables sur des socles uniformes. Le catalogue, renfermant déjà un nombre respectable de numéros, présente maintenant un ensemble complet qu'on peut montrer avec orgueil aux étrangers qui viennent visiter l'Ecole. Chaque jour amène son pain, dit le proverbe, et ajoute également quelques dons à nos collections. Il importe d'en remercier publiquement ici les généreux donateurs.

En résumé, en passant en revue les diverses parties dont se compose l'Association, on ne peut s'empêcher, sans être optimiste, d'être satisfait du tableau qu'elle présente à la fin de 1891. Elle est actuellement dans une ère de prospérité qui doit réjouir les esprits même les plus chagrins et les plus difficiles à contenter. Sans doute, il reste encore à faire pour l'amener à la perfection, le chemin parcouru n'est qu'une étape en comparaison de celui qui reste à parcourir et il faudra de nouveau ajouter de nouvelles pierres à l'édifice. En tout cas, tant sur la question de la réglementation que sur les résultats obtenus par l'Ecole et l'Hôpital dentaires de Paris, nous pouvons être fiers de la gestion de l'année 1891, et c'est pleins de confiance dans la sagesse du verdict que vous êtes appelés à rendre aujourd'hui que nous déposons ce rapport au moment où expirent les pouvoirs dont vous avez bien voulu nous honorer.

Assemblée genérale annuelle du mardi 26 *janvier* 1892.

PRÉSIDENCE DE M. GODON, VICE-PRÉSIDENT, PUIS DE M. POINSOT PRÉSIDENT HONORAIRE.

La séance est ouverte à 9 heures.

134 membres sont présents.

M. Godon. — Avant l'ouverture des travaux je dois soumettre à l'assemblée une proposition qui m'a été faite. M. Lecaudey étant malade et se faisant excuser de ne pouvoir assister à la séance, la présidence, d'après les statuts, appartient au premier vice-président. Or M. Bonnard fait remarquer que M. Poinsot, qui est président honoraire, se trouve au bureau, et demande que la présidence lui soit confiée.

M. Bonnard. — M. Godon refusant de céder la présidence à M. Poinsot en s'appuyant sur le règlement, je fais cette proposition non pas en mon nom personnel, mais au nom de 30 membres, et la raison pour laquelle nous la faisons, c'est que M. Poinsot, ne prenant pas part aux débats, pourra les conduire.

M. Godon. — Je mets aux voix la proposition de M. Bonnard.

Cette proposition est adoptée.

M. Godon. — Je prie M. Poinsot d'accepter la place du président.

M. Poinsot remplace M. Godon au fauteuil.

M. Poinsot. — L'ordre du jour porte la lecture du procès-verbal de la séance correspondante du 27 janvier 1891 qui a été publié dans l'*Odontologie.* Désirez-vous qu'il en soit donné lecture?

Plusieurs voix. — Non, non!

Le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

M. Poinsot. — Je donne la parole à M. le secrétaire général pour le dépouillement de la correspondance.

M. Tusseau communique à l'assemblée : 1° une lettre de M. Lecaudey qui, malade et alité, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ; 2° une lettre de M. Kuhn, qui, pour raison de santé, prie les membres de l'Association de ne plus lui renouveler son mandat au Conseil de direction et remercie ses collègues des marques de sympathie qu'ils lui ont toujours témoignées ; 3° une lettre de M. le Dr Thomas, ainsi conçue :

« *A Monsieur le Président de l'Association générale des dentistes de France.*

» Monsieur le Président,

» La réunion annuelle de l'Association des dentistes a lieu cette année dans des conditions particulièrement graves. Une législation relative à votre profession peut, du jour au lendemain, nous obliger à modifier nos programmes et certains détails de notre administration. Il existe à l'heure actuelle parmi vous des divisions regrettables qui pourraient, à un moment donné, nous priver d'une partie de nos forces; il faut faire tout ce qu'il est humainement possible de faire pour éviter un pareil résultat. Nous avons besoin plus que jamais de toutes les expériences, de toutes les activités, pour perpétuer et consolider l'œuvre fondée depuis 10 ans.

» On m'a, depuis ce temps, nommé presque à l'unanimité et sans que j'aie jamais fait acte de candidature membre de votre Conseil de direction ; j'ai toujours été profondément touché de cette marque de déférence, malheureusement je n'ai pu prendre part aux travaux du conseil que dans de rares circonstances et je n'ai presque jamais assisté à ses séances. Cette conduite avait peu d'inconvénients lorsqu'il n'existait pas de divisions dans le conseil ; nous n'en sommes malheureusement plus là. Deux partis ardents et convaincus sont en présence et leurs relations ont leur retentissement dans l'Association tout entière. Comme je ne pourrais pas faire plus souvent acte de présence à l'avenir que je ne l'ai fait jusqu'ici, je n'ai plus le droit d'immobiliser une voix dont l'un ou l'autre des partis peut avoir besoin. Je prie donc les personnes qui, par sympathie personnelle, seraient disposées à voter pour moi de donner leurs voix à un autre, car je n'ai plus l'intention de faire jamais partie du Conseil de direction comme membre actif. Mon concours lui appartiendra au même titre que par le passé s'il en a besoin pour quelque chose d'utile ;

mais je désire garder mes vieilles relations, mes vieilles amitiés et rester étranger aux querelles de groupe.

» On pourrait, je crois, pallier les inconvénients d'un état de choses fâcheux, mais qui devait fatalement se produire au sein d'une association devenant de jour en jour plus nombreuse. Il serait regrettable que l'organisation et l'avenir de l'Ecole fussent mis en cause à la suite des hasards d'un pointage ; on peut obvier à cet inconvénient sans toucher en quoi que ce soit aux principes de l'institution, sans modifier ses statuts, sans limiter les attributions du Conseil. Il suffirait de constituer un comité consultatif d'enseignement dans lequel on ferait entrer tous ceux dont le dévouement, les lumières et l'expérience ne sauraient être remplacés, de telle sorte que l'Ecole pût continuer à en profiter, quelles que fussent les péripéties des luttes électorales.

» Je me propose d'adresser un mémoire en ce sens au nouveau Conseil dès qu'il sera constitué.

» Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de ma respectueuse considération. L. Thomas. »

4° Une lettre de M. d'Argent, ainsi conçue :

« Paris, le 26 janvier 1892.

» Monsieur le Secrétaire Général,

» J'ai l'honneur de vous prier de bien vouloir communiquer à l'assemblée générale du 26 janvier courant ma réponse aux allégations que M. Godon a avancées sur mon compte et auxquelles je n'ai pu répondre, dans la dernière séance, à cause de l'attitude exaltée de l'assistance.

» Si je vous adresse cette plaidoirie justificative, c'est que je ne sais à quel moment de la séance de ce soir je pourrais demander la parole pour en saisir l'Association, et qu'elle a bien sa place dans la lecture de la correspondance.

» Veuillez agréer, Monsieur le Secrétaire général, mes plus cordiales salutations.

» J. d'Argent. »

M. Tusseau. — M. d'Argent étant présent à la séance, je prierai M. le Président de vouloir bien lui permettre de lire ce document-ci qui est assez long.

M. Dubois. — L'ordre du jour !

M. Tusseau. — C'est de la correspondance.

M. Dubois. — La séance est assez importante par elle-même pour qu'on n'y ajoute point des incidents qui ne s'y rapportent nullement.

M. d'Argent. — J'ai été attaqué d'une façon indigne à la dernière assemblée générale ; c'est donc devant l'assemblée générale que je me défendrai, et je soumets ma cause à son impartialité.

M. Poinsot. — Je mets aux voix la proposition de M. Tusseau.

La proposition est adoptée.

M. d'Argent. — Je remercie l'assemblée, au nom des étrangers et des Français, de l'impartialité qu'elle veut bien montrer en cette circonstance.

M. d'Argent commence la lecture de son document qui est ainsi conçu :

« Dans la dernière assemblée générale de l'Association, il s'est produit un incident tellement orageux que je n'en ai jamais vu de semblable ici, même au temps des discussions, cependant mémorables, entre M. le Dr David et ses adversaires, à propos de l'immixtion des étrangers dans la question de réglementation et de réponses faites par moi à des interpellations de M. Godon, concernant ma qualité d'étranger, et mon...... intrusion (disons le mot) dans l'Ecole dentaire.

» Me trouvant dans l'impossibilité de placer une phrase, vu l'état manifestement hostile de la majorité de l'Assemblée, et chacune de mes paroles étant aussitôt interprétée à sa manière par M. Godon, je me suis vu contraint de remettre à une autre séance le soin de dissiper l'opinion que les membres de cette Société ont pu se faire de moi et de vous éclairer sur le but de ces attaques déplacées.

» Je prie cette assemblée, pleine de calme, de modération, et qu'aucun discours n'a encore exaltée au point de refuser d'entendre un de ses membres, de me permettre de développer mes idées, à mon tour, et d'expliquer le sens des paroles que j'ai répliquées aux provocations de M. Godon, et qui ont produit l'incident que chacun de nous a encore en mémoire.

» M. Godon, très expert en l'art de dénaturer les faits et de détourner les discussions de leur objet, mis en demeure de répondre à des attaques graves et précises dirigées contre lui par l'honorable M. Bonnard, soutenu par la majorité de ses confrères présents, s'est emparé d'une échappatoire, pour négliger de se justifier et n'a pas hésité à introduire dans le débat un élément qu'il est regrettable de voir agiter au sein d'une Association, dont le caractère est plutôt scientifique. Or les sciences et les arts appartiennent à tous, ils n'ont pas de patrie, et l'art dentaire, comme les autres, est passé dans le domaine de toutes les nations. Tous les pays collaborent à ses progrès, à ses développements, suivant leurs moyens.

» N'est-ce pas la supériorité reconnue des dentistes étrangers venus en France qui a été le principal mobile de la fondation de l'enseignement de l'Art dentaire à Paris ?

» En agitant la question de l'étranger, M. Godon, l'homme qui se dit pur et sans tache, a le premier introduit dans cette Société la contestation d'un élément que ses fondateurs, au nombre desquels il se glorifie d'être compté, ont assez estimé et honoré pour lui avoir accordé la même place, les mêmes droits, les mêmes privilèges qu'à ses membres français.

» Et il y avait justice à agir ainsi. La nation française jouit, à l'étranger, de la réputation d'un pays libéral, philanthropique et hospitalier ; mais depuis que certains orateurs ont réussi à se faire applaudir, dans des réunions ouvrières, en agitant le spectre effrayant de l'étranger et ont fait ainsi vibrer la fibre patriotique, souvent sans

motif sérieux, on trouve de plus en plus des gens qui les imitent, dans d'autres milieux et qui, sous tout prétexte, s'emparent de cet expédient, facile à exploiter, pour se tailler des succès de patriotisme.

» M. Godon, l'autre soir, n'a pas agi autrement. Eh, bien! il n'y a pas de sentiment plus facile à exalter que celui-là ! S'il n'y en a pas de plus digne, de plus respectable, de plus louable, il n'en est pas, souvent, de plus injuste.

» Au nom du patriotisme, mal compris, que de crimes ont été commis sans réflexion, que d'injustices perpétrées innocemment ! L'accueil qui m'a été fait à la dernière séance est le résultat de cet effet.

» Malgré toute la réputation d'hospitalité dont jouit la France, j'entendais, l'autre jour, un membre étranger de cette Assemblée déclarer qu'il n'avait jamais habité un pays où l'on reprochât, aussi souvent que dans celui-ci, la qualité d'étranger.

» Pour ma part, c'est la première fois qu'un semblable reproche m'a été fait, depuis plus de dix années de séjour à Paris, et il se présente précisément cette coïncidence bizarre, qu'il m'arrive au moment où, depuis plus d'un mois j'ai adressé à M. le Garde des Sceaux, ministre de la Justice, ma demande de naturalisation française.

» Ainsi, voilà un de vos membres qui s'appuie sur les étrangers, quand il en a besoin, et qu'il invite à venir gonfler le nombre de ses pétitionnaires, dans une question qu'il leur dénie ensuite le droit de discuter, alors que nos législateurs, dans des paragraphes spéciaux de la loi sur la médecine, les déclarent solidaires de la réglementation ! Voilà ce membre, qui reproche leur qualité aux étrangers qui ne pensent pas comme lui, et qui vous en présente, des purs ceux-là, pour être admis au sein du Conseil de l'Ecole, où cependant ils n'ont pas droit de vote.

» Et ce membre, soutenu par ses fidèles essaie de nous enlever notre libre arbitre !

» Et il n'y a pas à soutenir, qu'on n'a pas voulu embaumer l'assistance par des manifestations hostiles aux étrangers, car lorsque M. Barrié s'est levé pour déclarer, comme moi, avec indépendance, qu'en entrant à l'Ecole il n'était pas confit des idées de *licence* professionnelle que ces messieurs défendent, tout le monde a pu entendre MM. Chauvin, Roy et autres libertaires lui répliquer ces mots, que je cite textuellement : « Mais vous n'êtes pas étranger, vous. »

» Et nous avons vu des étrangers, membres titulaires, applaudir aux motions de ceux qui leur enlevaient un droit, que le règlement leur accorde et que nul n'avait jusqu'ici contesté.

» Ainsi que je répondrai à M. Godon et à ses partisans, plus haineux que patriotes, que mon privilège de participer, en ma qualité de membre effectif de cette Association et de dentiste patenté, à toutes les questions soumises à la Société est imprescriptible et ne peut m'être enlevé que par une modification aux statuts et que je proteste contre leur attitude de l'autre soir ; de même, je répondrai à ces confrères étrangers, qui ont soutenu de leurs acclamations inconscientes ou réfléchies les prétentions autoritaires de M. Godon, et dont quelques-uns se présentent à vos suffrages, que je n'entends pas, pour ma part,

recueillir les avantages qui échoient à l'étranger établi définitivement dans ce pays, sans participer aussi à ses charges de citoyen, et que je n'attends pas, pour cela, d'avoir passé l'âge où les sacrifices s'effacent, où les bénéfices restent. Aussitôt écoulé le nombre d'années fixé par la loi, j'ai sollicité l'honneur de faire partie de la nation française.

» En défendant les droits de l'étranger, je n'agis donc pas dans un intérêt personnel, puisque je suis sur le point de perdre cette qualité, mais dans un but d'équité, de justice, qualités bien françaises mais, qui ne taquinent pas toujours l'esprit de M. Godon, et je défends le règlement de cette Association contre les empiètements de ce membre qui, croyant toujours incarner toutes les prérogatives de l'Ecole, se permet les incartades les plus injustifiables.

» On m'a reproché mon ingratitude envers l'Ecole. L'Ecole n'est pas M. Godon, et je n'ai pas de reconnaissance à avoir pour M. Godon. Ah ça ! Il faudrait s'entendre, car il paraît qu'être opposé à l'encombrement de M. Godon, c'est être ingrat envers l'Ecole. Or il n'y a pas que M. Godon et des libertaires dans cet établissement, et il s'ensuit qu'être ingrat envers ceux-ci, c'est être reconnaissant envers les autres, les réglementateurs, les amis du relèvement professionnel. Or, si j'ai passé par cette Ecole, c'est que j'étais partisan du relèvement de la dignité professionnelle que, seule, une réglementation peut assurer.

» En effet, qu'est-ce qui assure au médecin la considération et le respect dont il jouit ? C'est son diplôme officiel. S'il y a un abîme entre le rebouteur et le chirurgien, entre l'empiriste et le médecin, il n'y a aucune démarcation entre le charlatan et le dentiste, même sorti d'une école quelconque, que personne ne reconnaît.

» M. Godon m'a aussi reproché mon immixtion dans la profession. Mais, je n'avais pas besoin, pour y entrer, de la permission de qui que ce soit, puisque le premier venu est dentiste selon M. Godon dès qu'il lui en prend la fantaisie.

» Je suis entré dans la profession par la porte, et non en m'accolant à mes devanciers, comme les signataires de ces pétitions hétéroclites, dont personne n'oubliera jamais la ressemblance avec le spectre solaire, car il faut les tourner vite pour leur trouver une couleur uniforme.

» J'ai conquis mes grades dans cet établissement, et je ne pense pas que quelqu'un me les conteste et soutienne que l'art dentaire ait eu à rougir le jour où il m'a définitivement consacré.

» Pourquoi M. Godon ne reproche-t-il pas aussi de s'être fait dentistes aux pharmaciens, sages-femmes, bijoutiers, placiers voyageurs et jusqu'aux officiers qui sont venus à vous ?

» M. Godon ne songe pas à disputer leur place dans la profession, aux coiffeurs et aux marchands de pâte à rasoir plus ou moins ornés de casques, qu'il juge bon de figurer, à côté de lui, sur ses pétitions ; mais il conteste la latitude d'exercer à un diplômé de son école, qui a obtenu ses titres au concours.

» Il lui dit : « Si vous êtes venu parmi nous, c'est pour gagner plus

d'argent ». A quoi je réponds : naturellement, et M. Godon essayât-il de démontrer qu'il s'est fait dentiste et qu'il s'est tenu en vedette dans cette Ecole, pendant 10 ans, pour en perdre, que personne ne le croirait.

» Je sais qu'il est loisible à certain membre de déclarer en plein Conseil, sans que M. Godon fasse entendre la moindre protestation, que l'Ecole, à qui il doit sa situation cependant, lui coûte, bon an mal an, plusieurs milliers de francs. Eh bien, en voilà, de la vraie reconnaissance, ou M. Godon ne s'y connaît plus.

» Quand j'ai répliqué à M. Godon que j'avais payé l'enseignement qu'il me reprochait, ce qui m'a valu une si chaleureuse..... approbation de l'assemblée, égarée adroitement, à mon égard, dans des idées de patriotisme, qui n'étaient pas de circonstance, attendu que, candidat à la qualité de citoyen français, je le répète, il n'en est pas de plus respectueux que moi pour le pays auquel j'ambitionne l'honneur d'appartenir, quand j'ai fait et soutenu cette réponse, c'est que l'on me retirait tous les droits, tous les privilèges et qu'on me contestait jusqu'à la place que le règlement me reconnaît.

» Or, quand on n'a plus de droits, on n'a plus de devoirs ! Victor-Hugo l'a dit. Et vous trouveriez juste que les citoyens auxquels on retirerait leurs droits électoraux se refusassent à payer leurs impôts ?

» Il n'y a qu'un titulaire de bourse que M. Godon pourrait accabler de reproches, et encore, cela ne serait pas généreux, mais la générosité n'est pas un sentiment pratiqué avec excès par M. Godon dans les discussions de l'Association.

» Pour terminer, je dirai, comme au début, que tout n'a été, dans ce fameux incident, que prétextes pour reculer devant des allégations précises, *qui restent debout* et je vous prie de ne pas m'en vouloir, si je vous ai fait perdre un temps précieux en explications rendues nécessaires par des attaques aussi virulentes que perfides.

» Ce n'est pas moi qui ai commencé. »

M. Prussenar. — Comme étranger, je proteste contre les paroles de M. d'Argent.

M. Dubois. — Je demande l'ordre du jour.

Plusieurs voix. — On a voté la lecture.

M. Poinsot. — La lecture a été votée, en effet, mais je prierai M. d'Argent d'être plus bref.

M. d'Argent. — Je n'en ai plus que pour quelques minutes. (Il achève la lecture.)

M. Poinsot. — M. Godon demande la parole pour répondre quelques mots.

M. Chauvin. — On ne répond pas à de semblables attaques.

M. Godon. — Je ne répondrai pas non plus aux injures personnelles que vient de m'adresser M. d'Argent. Je n'en suis pas atteint. Ce que j'ai fait depuis treize ans, mes confrères le savent, à eux de juger. M. d'Argent se plaint de la réponse que je lui ai faite à la dernière assemblée générale et la qualifie d'échappatoire. On a dû s'apercevoir depuis longtemps que je n'avais pas l'habitude de fuir les discussions et les responsabilités. Lorsque je parlais de l'enseigne-

ment qu'il avait acquis à notre école, M. d'Argent m'interrompit en disant : « *Je l'ai assez payé de mes finances, cet enseignement.* » Cette phrase a provoqué chez moi un vif mouvement d'indignation et la réprobation d'un certain nombre des membres présents, particulièrement des étrangers. Les explications que vient de donner M. d'Argent n'ont rien changé à ma manière de penser : ce que j'ai dit, je le maintiens.

M. Heidé demande la parole.

La clôture est réclamée.

M. Poinsot. — La parole est à M. le Dr Thomas.

M. le Dr Thomas. — Il y a quelques jours, j'avais l'intention de ne pas venir à cette séance et de m'en tenir à la lettre qui vous a été lue tout à l'heure ; mais, à la suite d'une conversation avec M. Dubois, je me suis décidé à venir, et le langage de M. d'Argent me permet de m'en féliciter. Je disais à M. Dubois : « Je défendrai la liberté. » Celui-ci me répondit : « En défendant la liberté vous avez créé au sein de l'Association deux camps de frères ennemis, de sorte que, en soutenant une idée métaphysique jusqu'à un certain point, vous arriverez d'abord à nuire à une institution à laquelle vous vous êtes dévoué jusqu'à ce jour et ensuite, dans un ordre de faits plus immédiats, à des résultats électoraux inconnus. »

Personne ne croira, j'espère, que, en me mettant à la tête de la défense de la liberté, j'aie voulu nuire à l'Association ; ce serait là un assez singulier rôle et je n'ai pas eu l'intention de jouer ce rôle. Aussi viens-je réclamer ma part de responsabilité dans la campagne qui a été faite en faveur de la liberté, car je suis le mauvais génie qui l'a incitée. Maintenant je vous demanderai d'écouter ma défense.

Il y a 15 ans que j'ai été amené à m'occuper de police médicale et je suis arrivé à cette conclusion que la loi de ventôse est mauvaise. Le principe sur lequel elle repose considère que la santé publique intéresse l'Etat et qu'il convient, par suite, de ne confier l'exercice de la médecine qu'à un certain nombre d'individus jugés aptes à cela et de frapper l'exercice illégal comme un délit. Or ce principe conduit à des absurdités.

Un interne des hôpitaux fait couramment certaines opérations chirurgicales graves et urgentes, à l'hôpital et, s'il fait les mêmes opérations dans une maison voisine, on est obligé de le condamner pour exercice illégal de la médecine. Voilà de singulières conséquences !

On peut dire que la protection de la santé des citoyens par une interdiction ne sert ni aux médecins ni au public. Il serait bien préférable d'établir la loi sur des bases radicalement différentes, comme on l'a fait dans deux pays voisins, en Angleterre et en Allemagne.

Dans l'espèce, vous vous êtes appuyés sur la législation de la médecine, et moi, trouvant celle-ci mauvaise, suis obligé de trouver mauvaise aussi une législation appliquée aux dentistes et basée sur le même principe. Mais, me direz-vous, vous ne voulez ni diplômes ni titres ! Quel moyen alors proposez-vous ? Le moyen, c'est de créer des titres, c'est de poursuivre tous ceux qui les usurperont, c'est que l'Etat confère et présente au public ceux auxquels il les aura accor-

dés. Voilà pourquoi j'ai fait cette campagne. Nous avons un bien : la liberté, et comme elle est menacée, il faut la défendre.

J'ai commencé cette campagne l'année dernière, à votre banquet du mois d'avril, où j'ai jeté les bases de cette défense. MM. Dubois et Touchard répondirent à mes paroles en termes fort courtois. Mais certes, je ne croyais pas avoir dit quoique ce soit pouvant amener une scission profonde. La preuve que la loi ne contente pas tout le monde, c'est que vous avez fait des démarches pour la faire amender ; aussi ai-je été très surpris un beau jour quand j'appris que l'Association voulait interdire à quelques-uns de ses membres le droit de défendre la liberté.

Je suis fonctionnaire public depuis 25 ans et je crois avoir une conception bien nette des convenances disciplinaires. Or, en discutant un projet de loi défendu par le Gouvernement, en rejetant son principe, il ne m'est pas venu à l'esprit un instant que je pouvais manquer aux convenances disciplinaires et froisser de légitimes susceptibilités.

Il était impossible de trouver dans notre pétition une seule attaque, un seul blâme à l'adresse de ceux qui suivent une politique effective. Je ne trouve pas mauvais que vous ayez une attitude différente de la nôtre et peut-être meilleure en pratique, mais admettez aussi, qu'à côté de vous, qui vous placez surtout au point de vue des intérêts professionnels, des doctrinaires puissent défendre d'autres idées.

Je ne tirerai de ce que viens de vous dire que deux conclusions : l'une, purement morale, c'est que je serais profondément navré d'avoir semé le brandon de discorde parmi vous et que les élections se fissent sur cette question, l'autre ayant une portée pratique : je vous demande de nous désavouer pour nous rendre notre liberté d'action. Et comme sanction je vous propose cet ordre du jour que j'ai soumis aux partisans de la liberté et à quelques-uns de la réglementation et qu'ils approuvent. *(M. le Dr Thomas en commence la lecture.)*

« L'Association générale des dentistes, réunie en assemblée générale le 25 janvier 1892, déclare :

» 1° Qu'elle est absolument étrangère à la formation de la Société dite *« Ligue pour la Défense de la liberté professionnelle de l'Art dentaire »*, qu'en conséquence elle décline toute responsabilité au sujet de la politique professionnelle adoptée par cette association temporaire ;

» 2° Qu'ayant un caractère exclusivement professionnel et n'ayant jamais demandé à ses adhérents aucune déclaration ni aucune profession de foi politique ou religieuse, elle ne possède aucun moyen de coercition contre ceux desdits adhérents qui croiraient devoir suivre même en matière professionnelle une politique différente de celle qu'aurait adoptée la majorité de l'Association, à condition toutefois qu'ils ne se servent pas de leur qualité de membres ou de dignitaires de l'Association pour donner à entendre qu'ils agissent en son nom ou avec son approbation. »

M. Dugit. — C'est un peu tard !

M. le Dr Thomas. — Je me tiens sur un terrain impersonnel. (Il achève la lecture.)

M. Poinsot. — Vous avez entendu M. le Dr Thomas et son ordre du jour. Je vais mettre celui-ci aux voix, à moins que vous ne préfériez en renvoyer le vote à la fin de la séance.

L'assemblée, consultée, décide que le vote sur cet ordre du jour aura lieu à la fin de la séance, après les élections.

M. Poinsot. — La parole est à M. le Secrétaire général pour la lecture de son rapport.

M. Tusseau commence la lecture de ce document.

M. Dubois. — Je demande la parole.

M. Tusseau achève sa lecture.

M. Dubois. — Je ne vous demanderai pas le temps qu'il a fallu à M. d'Argent ; je me contenterai de quelques minutes pour répondre en peu de mots.

Depuis douze ans que cette Association existe nous avons été parfois en désaccord, et même en dissentiment ; j'en remarque même ici quelques-uns ce soir d'avec lesquels nous avons dû nous séparer. Mais jamais, je l'affirme hautement, sans crainte d'être démenti, jamais, dis-je, nous n'avons entendu de paroles semblables. Je laisse au temps le soin de juger...

M. Pinard. — C'est un réquisitoire !

Voix diverses. — L'ordre du jour !

M. Dubois. — Ce rapport n'est qu'une longue insulte.

M. Bonnard. — La voilà l'insulte ! (Il agite la circulaire adressée par *le Comité électoral des défenseurs de l'Association générale des dentistes de France et de l'Ecole dentaire de Paris.*)

Voix diverses. — L'ordre du jour !

M. Poinsot. — M. Dubois a demandé la parole, laissez-le achever.

M. Dubois. — J'estime que ce n'est pas ainsi qu'on parle quand on représente l'Association. On peut rencontrer des adversaires, mais, quand on occupe des fonctions, on est tenu à plus de réserve d'abord et on doit ensuite chercher à jouer le rôle d'un médiateur et à faire l'apaisement comme nous l'avons fait nous-même. J'en citerai un exemple. M. David est sorti de cette Ecole — vous savez tous comment — et nous n'avons ni prononcé son nom ni publié une seule ligne à son adresse pendant près d'un an ; la collection de l'*Odontologie* en fait foi ; il a fallu la publication de ses brochures pour que nous rompions le silence. Aujourd'hui, à l'égard de collègues, de fondateurs de l'Ecole, c'est le contraire qui a lieu.

Je considère que le rapport que vous venez d'entendre est le premier dans ce ton-là ; j'ose espérer pour l'honneur de cette Association que ce sera le dernier.

Voix diverses. — L'ordre du jour ! Il est 10 heures !

M. Richer, de Vernon. — Il faut lire le rapport du trésorier, car il a son importance.

M. Poinsot. — J'ai cru devoir promettre à M. Godon quelques mots de réponse.

Voix. — L'ordre du jour !

M. Godon. — Je demande 5 minutes pour lire une déclaration.

Plusieurs voix. — L'ordre du jour !

M. Tusseau. — Le Conseil de direction a décidé que les élections auraient lieu à 10 heures; nous allons y procéder. Toutefois, auparavant, le Conseil de direction vous propose la nomination de deux membres honoraires, MM. Kuhn et le Dr Thomas.

M. Poinsot. — La séance est suspendue.

Voix. — Le rapport du Trésorier !

M. Touchard. — Laissez au moins le Trésorier lire son rapport !

M. Godon. — Je demande qu'on vote sur la nomination des deux membres honoraires.

La nomination de M. Kuhn est mise aux voix et adoptée.

La nomination de M. le Dr Thomas, qui est mise aux voix, est adoptée à l'unanimité et soulignée par des applaudissements prolongés.

M. Poinsot. — Nous allons procéder aux élections des membres sortants et démissionnaires du Conseil de direction.

Voix. — Le rapport du Trésorier !

M. Poinsot. — On va procéder au vote.

Il est procédé au scrutin qui donne les résultats suivants :

Votants :.............................. 132
Majorité :.............................. 67

Ont obtenu :

MM.	Lemerle	81	voix
	Gillard	81	—
	Tusseau	79	—
	Touchard	76	—
	Bonnard	74	voix
	Barrié	72	—
	Horay	71	—
	Billebaut	71	—
	Paulme	70	—
	Billet	70	—
	Bertrand	68	—
	Quincerot	66	—
	Dubois	57	—
	Bioux	57	—
	Godon	56	—
	Ronnet	56	—
	Blocman	53	—
	Chauvin	53	—
	Heidé	52	—
	Prével	52	—
	Claser	51	—
	Roy	50	—
	Papot	48	—
	Brodhurst	47	—
	Dr Thomas	6	—

MM.	Ménétrier	2	—
	Prest	2	—
	Kuhn	2	—
	Bertaux	2	—
	Giret	1	—
	Fabre	1	—
	Sauvez	1	—

M. Poinsot. — En conséquence de ces votes, sont élus membres du Conseil de direction pour deux ans ; MM. Lemerle, Gillard, Tusseau, Touchard, Bonnard, Barrié, Horay, Billebaut, Paulme, et Billet. M. Bertrand est élu pour un an. Il y a lieu de procéder à la nomination d'un 12e membre.

M. Roy. — Je viens déclarer, au nom de MM. Bioux, Blocman, Chauvin, Claser, Dubois, Godon, Heidé, Papot, Prével, Ronnet, Roy et Brodhurst, qu'ils ne sont pas candidats pour le 2e tour de scrutin.

M Poinsot. — On pourrait voter par acclamations.

Voix diverses. — Le scrutin secret.

Il est procédé au scrutin.

M. Poinsot. —Nous allons continuer la séance pendant le dépouillement. La parole est à M. Viau, trésorier, pour la lecture de son rapport.

M. Viau. — Appelé au mois d'août dernier par la confiance de mes collègues au poste de trésorier de l'Association générale, en remplacement de M. Ronnet, démissionnaire, je viens pour la première fois vous présenter l'état des recettes et dépenses, ainsi que le bilan au 1er janvier 1892.

L'année dernière, mon prédécesseur vous a présenté une revue rétrospective de nos finances depuis la fondation de l'Association, je n'ai pas à revenir sur ces chiffres.

Pour l'année 1891, nous avons comme recettes..	48.267 fr. 11
et comme dépenses	41.043 55
soit une différence de	7.223 fr. 56

en faveur des recettes ; en ajoutant à cette somme celle de 1.293 fr. 50, attribuée aux fonds de réserve, nous arrivons à un excédent de recettes de 8.517.06.

Comme vous pouvez vous en assurer par l'état des recettes et dépenses qui vient de vous être distribué, notre encaisse se décompose ainsi :

Société civile de l'École et Hôpital dentaires	34.269 fr. 76
Caisse de prévoyance	5.766 22
Fonds de réserve	8.566 95
Avances loyer et au gaz	4.106 10
Ensemble	52.709 fr. 03

J'ai donc l'honneur de déposer le projet de budget pour l'année 1892.

Projet de budget pour l'année 1892.

RECETTES.	SOMMES.	DÉPENSES.	SOMMES.
Souscriptions..........	» »	Remboursement sur dépots.................	100
Droits d'inscriptions...	34.000	Bibliothèque et Musée. .	950
Retenue sur depôts....	1.300	Aurifications...........	2.300
Aurifications...........	2.800	Indemnités aux professeurs.	11.620
Subventions...........	1.800	Appointements et salaires..................	5.625
Droits de bibliothèque.	500	Frais de cours et pharmacie...	1.500
Quote-part sur cotisations.......... . . .	3.250	Chauffage..............	700
Sous-locations.........	1.200	Eclairage..............	1.000
Troncs et intérêts......	300	Impressions et publicité.	2.000
		Dépenses du matériel...	1.500
		Loyer, assurances et contributions...........	7 900
		Blanchissage	400
		Frais de bureau, timbres et registres...........	500
		Fêtes et inauguration...	800
		Frais généraux.........	1.600
		Entretien...............	500
		Association générale et société Odontologie...	800
		Fonds de réserve.......	1.000
		Dépenses imprévues.....	1.000
	45.150		41.795

Ce projet a été établi et revisé avec soin en se basant, pour les recettes, sur le nombre d'élèves de l'année scolaire, je dirai même que le chiffre inscrit est plutôt inférieur à celui que nous espérons obtenir. Quant aux dépenses, nous nous sommes basés sur la moyenne de celles des deux dernières années.

Je propose le vote de ce budget pour 1892, qui a été établi par la commission des finances. Nous cherchons, afin de n'avoir pas de désillusions, à diminuer les recettes et à majorer les dépenses.

Le projet de budget pour 1892 est mis aux voix et adopté.

Actif :

Dû par divers pour inscriptions et souscriptions..	22.192 fr.	45
Matériel et mobilier..............................	13.[illegible]33	10
Bibliothèque......................................	3.160	25
Musée..	1.500	»»
Dépôt à la Compagnie du Gaz...................	356	10
Loyer (6 mois d'avance).........................	3.750	»»

Fonds de réserve	8.566	95
Caisse de prévoyance	5.766	22
Ecole dentaire	34.269	76

Passif :

Créanciers pour dépôt (élève)	1.700	»»
Dû à divers	8.372	86
Créances douteuses	13.369	70

Comme totaux nous obtenons :

Actif	92.694	83
Passif	23.442	56
soit en faveur de la société	69.252 fr.	27

Aussi, je tiens à remercier les membres de l'Association de l'appui moral et pécuniaire qu'ils apportent à l'œuvre commune, ce qui permet aux professeurs de former ces excellents praticiens qui mettent en relief notre Ecole et portent au loin en France et à l'étranger le renom de nos institutions.

Le rapport succinct que je viens d'avoir l'honneur de vous présenter est un relevé conforme à l'état des recettes et dépenses de l'année, qu'en ce moment vous avez entre les mains.

Mais, en présence de certains bruits fâcheux qui ont couru, de certains propos qui m'ont été rapportés au sujet de la gestion actuelle ou future de l'Ecole et en présence enfin d'une circulaire de propagande électorale, dont nous avons eu connaissance à la dernière heure, et dans laquelle sont interprétés ces mêmes propos que je ne saurais qualifier, je suis obligé de vous présenter quelques observations au sujet de la gestion antérieure.

Mon intention première était d'en faire part au Conseil de Direcion, ainsi que cela doit être pour tout ce qui intéresse la Société ; mais au dernier Conseil qui eut lieu vendredi dernier, lorsque j'eus présenté le projet de budget pour l'année 1892, et lorsque tous les membres présents en eurent adopté l'ensemble, M. Ronnet, mon prédécesseur, qui, mieux que personne, était à même de juger et de discuter les chiffres proposés, puisque pendant plusieurs années, il a eu le même travail à faire, a formellemant déclaré s'abstenir, se réservant de faire ses observations devant l'Assemblée générale. C'est pourquoi, moi-même, devant cette attitude, sans même prendre l'avide mes collègues, j'ai résolu égalcment de ne parler que devant l'Ass semblée générale. Tout à l'heure même, les auteurs de ce factum que vous avez tous pu lire et qu'ils intitulent *Comité électoral des défenseurs de l'Association générale des dentistes de France et de l Ecole dentaire*, de la place même qu'ils occupaient dans la salle, ajoutaient la menace à la provocation en disant : « C'est le rapport du trésorier que nous attendons. »

Je regrette bien que mes interpellateurs aient abandonné la partie.

On prétend que dans la gestion future, les finances seront mal administrées. Laissons l'avenir et parlons du passé.

Croyez-vous que la Société ait été des mieux administrées quand

après avoir reçu les divers relevés des entrepreneurs ou fournisseurs, je trouve ceci :

1° M. Burdin, menuisier, présente un relevé de 4.900 francs, sur lequel il n'a été donné que 1.600 francs d'acomptes, bien que ces travaux datent de 1890 et même de 1889 ;

2° M. Bochet, plombier, 1.350 fr. pour des travaux *de même date* ;

3° M. Dargère, peintre, 480 fr. pour travaux *de même date* ;

4° M. Cornelsen, 620 fr. pour fournitures antérieures à mon entrée en fonctions ;

5° Enfin, M. Decron, architecte de l'Ecole, présente une note de 1.150 fr. pour des travaux qui également sont très anciens, car notez que pour être arrivé à une somme aussi importante, il a fallu qu'il vérifie plus de 20.000 francs de travaux pour l'Ecole; (j'ajouterai que M. Decron a déjà touché 800 fr. en 1889.

Ces chiffres réunis donnent un ensemble de près de 6.000 fr. dûs par l'Ecole pour des travaux remontant à 2 ou 3 ans, et qui, selon moi, auraient pu être réglés en temps utile.

Je vous ferai remarquer en outre que j'ignorais complètement l'existence de ces comptes arriérés à mon entrée en fonctions, mon prédécesseur ne m'en ayant pas dit un seul mot lorsque je lui ai donné un reçu de décharge ; j'ajouterai même que M. Godon, à qui j'en avais parlé, a manifesté le même étonnement que moi, disant que l'ancien Conseil devait n'avoir rien d'arriéré.

J'ai jeté également un coup d'œil sur la comptabilité des années précédentes, et dans mon examen de l'année 1888, je trouve que les chiffres portés sur l'état des recettes et dépenses de cette année-là ne sont nullement conformes à ceux que j'ai relevés sur les livres.

Dans l'*Odontologie* de février 1889, où il est rendu compte de l'assemblée générale du 29 janvier 1889, laquelle contient le rapport de cette même année 1888, je lis : « *Rapport du trésorier.* — Encaisse de la société au 31 décembre 1887, 3.567 fr. 78 » et sur le livre du trésorier à la même époque je ne trouve qu'une encaisse de 1.085 fr. 50. Le même rapport indique également une encaisse au 31 décembre 1888 de 6.031 fr. 58 et le livre du trésorier ne porte que 2.425 fr. 40.

Je ne me rends pas compte d'où peut provenir l'écart qui existe entre ces chiffres.

Si mon prédécesseur avait deux livres de caisse, pourquoi ne m'en a-t-il donné qu'un lorsqu'il m'a remis ses comptes ?

Je n'entrerai pas dans plus de détails, mais j'ai tenu à vous donner ces renseignements pour vous montrer que si quelques-uns de nos confrères, dans un esprit d'hostilité, veulent émettre une opinion sur l'avenir de l'Ecole, cela leur appartient moins qu'à tout autre et je regrette que l'ancien trésorier ne soit pas plus présent puisqu'on nous avait menacés au Conseil de Direction et dans cette assemblée encore de nous interpeller sur notre gestion, qu'on trouve mauvaise dans la circulaire que vous avez reçue ce matin.

Je ne doute nullement de la parfaite honorabilité de mon prédécesseur, je considère seulement que les livres de l'Ecole ont été mal

tenus ; ne voulant encourir aucune responsabilité dans l'avenir, je propose que l'assemblée générale veuille bien décider qu'une commission sera nommée à l'effet de contrôler ce que je viens d'avoir l'honneur de vous soumettre et faire la vérification entière de la comptabilité de l'Ecole depuis sa fondation.

Si vous partagez cette manière de voir, je vous propose que cette commission s'adjoigne des experts comptables et, une fois, les comptes vérifiés, que ceux-ci soient autographiés et qu'on vous convoque pour les examiner.

M. Bonnard. — Je désirerais que l'examen des experts portât sur les inscriptions des élèves et sur les dons des donateurs.

M. Tusseau. — Toute la comptabilité sera vérifiée.

M. Touchard. — Je ne sais plus quel personnage a dit que le cadavre d'un ennemi sent toujours bon ; plus généreux que lui nous ne voulons pas nous acharner sur des adversaires tombés. Toutefois je voudrais savoir comment on aurait pu justifier les attaques contenues dans une circulaire de la dernière heure, lancée dans un but que vous connaissez tous.

Je ferai simplement remarquer que, depuis un an, à la Société d'odontologie, ces Messieurs s'arrangeaient de façon à ne pas venir et ne présentaient plus de communications. J'ajoute que, au Conseil de Direction, on critiquait une proposition de M. Tusseau sur l'organisation des concours et une autre de M. Löwenthal sur les redevances à demander à certains malades, quand ceux-là mêmes qui font partie de la Ligue sont intéressés à ces modifications. Mais le bouquet, c'est le nombre des élèves en 1890-91. On nous reproche à nous, qui ne sommes entrés en fonctions que le 27 janvier 1891, la faiblesse de ce nombre alors que les inscriptions remontent à octobre 1890 ! Ainsi c'est nous qui avons chassé les élèves ! On nous parle aussi dans ce *factum* de l'absence de souscriptions volontaires. Certes, s'il s'agissait de faire des souscriptions volontaires de la façon indiquée par M. Viau, les annoncer et verser dessus un léger à compte, il ne serait pas difficile d'en trouver. Il en a été faites cependant, de faibles il est vrai, mais payées intégralement. Maintenant en quoi les dépenses sont-elles augmentées ?

M. Viau. — Eux, ils ne payaient pas les leurs !

M. Touchard. — Nous avons voté l'achat de 10 fauteuils au Conseil de Direction ; mais ils étaient nécessaires. Au point de vue des publications, ils ont fait beaucoup de bruit et d'agitation, en pure perte. Nous en avons moins fait et nous avons obtenu un petit résultat, mais soyez assurés que nous avons dépensé peu de poudre.

Je me borne à vous signaler ces quelques faits.

Ils ont voulu jouer d'une arme à double tranchant et se sont coups les doigts.

Le rapport du trésorier est mis aux voix et adopté.

M. Poinsot. — Voici le résultat du 2e tour de scrutin.

Nombre des votants	69
Majorité	35

Ont obtenu :

MM. Quincerot	41	voix
D'Argent	25	—
Prevel	1	—
Gillard	1	—
Godon	1	—
Dubois	1	—

En conséquence de ce vote, M. Quincerot est élu membre du Consei de Direction.

Un membre. — Et la commission des finances ?

M. Tusseau. — C'est le Conseil qui la nommera, en lui adjoignant un expert.

M. Viau. — En terminant, il faut nous féliciter de la soirée d'aujourd'hui et nous réjouir de ce que ceux qui ont travaillé avec nous dès la première heure soient toujours avec nous. J'ai nommé M. Lecaudey, qui reste notre dévoué directeur et s'intéresse si vivement au bien de nos institutions, et M. Poinsot qui, malgré son état de santé, a tenu, en venant parmi nous, à nous donner une marque de plus de sa sympathie et de son dévouement.

M. Poinsot. — Je remercie M. Viau de ses paroles et l'assemblée des applaudissements dont elle les a accompagnées.

Avant de nous séparer, j'ai à remplir une promesse que j'ai faite à M. Heidé. A la suite de la lecture par M. d'Argent du document que vous avez entendu, M. Heidé a demandé la parole pour lire une petite déclaration, qu'il m'a remise, ne l'ayant pas lue. Je lui ai promis, avant son départ tout à l'heure, de vous en donner connaissance. Elle est ainsi conçue :

« Je proteste contre un des premiers mots que prononçait M. d'Argent quand il disait parler au nom des étrangers. Que M. d'Argent dise plutôt au nom de *certains* étrangers, car, pour moi, je ne saurais approuver sa manière de penser et je regrette qu'un étranger ait soulevé un pareil incident.

» J'ai passé par l'Ecole comme élève et je garderai toujours un souvenir de reconnaissance pour l'établissement où j'ai reçu mon instruction professionnelle.

» Je suis étranger de naissance, mais français de cœur. »

La séance est levée à minuit dix minutes.

Le Sécretaire général,
TUSSEAU.

LA RÉGLEMENTATION DE L'ART DENTAIRE DEVANT LA COMMISSION SÉNATORIALE

RAPPORT

Présenté par M. F. TOUCHARD. D. E. D. P.

Au nom de la Commission de reglementation de l'Association générale des dentistes de France, à l'Assemblée générale du mardi 2 janvier 1892.

La question de la réglementation de l'exercice de l'art dentaire,

aujourd'hui à la veille d'être tranchée par le Sénat, a traversé des phases distinctes.

Sans vouloir remonter jusqu'à Boudet (chirurgien-dentiste du roi et de la famille royale en 1771 [1]), qui demandait des dentistes compétents et éclairés, ayant étudié un peu la médecine et la chirurgie, on peut affirmer que la réglementation de cette branche de l'art de guérir a toujours été le rêve de la plupart des dentistes soucieux de la dignité professionnelle.

Outre que, ainsi que cela a été dit et redit ailleurs, notamment dans un précédent rapport [2], cette mesure était nécessaire pour relever le niveau de l'art dentaire français et former des praticiens instruits sans en exclure l'habileté, elle était indispensable *pour empêcher les dentistes étrangers de venir exercer en France* sans conditions, alors que nous, Français, nous ne jouissons pas du même privilège chez eux.

La profession l'a d'ailleurs si bien compris que, voyant ses appels réitérés au Gouvernement rester infructueux, elle s'est décidée elle-même à porter remède dans la mesure du possible, à cette fâcheuse situation : « Vous ne voulez pas réglementer notre art, lui dit-elle, eh bien ! nous allons le réglementer nous-mêmes. » Et se mettant aussitôt à l'œuvre, elle créa deux écoles dentaires destinées à former des praticiens expérimentés. Ainsi que le disait M. Lecaudey, directeur de l'Ecole dentaire de Paris, dans son discours de réouverture des cours de l'année scolaire 1891-1892 : « La création de nos écoles a été une réglementation officieuse. Mais il appartenait à l'Etat de la consacrer officiellement. » Il était donc bien dans l'esprit des fondateurs de ces écoles d'établir une réglementation que le gouvernement se montrait ou impuissant ou trop lent à élaborer.

C'est d'ailleurs à 1880, époque de la fondation de l'Ecole dentaire de Paris, que remontent les premiers essais palpables de réglementation officielle. Un premier projet dû à M. Gréard, vice-recteur de l'Académie de Paris, exigeait, pour l'exercice de l'art dentaire, le diplôme d'officier de santé, un diplôme spécial de chirurgien-dentiste et un stage de trois ans. Ce projet, trop rigoureux, fut repoussé par la commission de la faculté qui le remplaça par un autre, le projet Lefort, créant un diplôme spécial de dentiste obtenu après examen devant un jury d'État et imposant un stage même aux docteurs en médecine et officiers de santé désireux de s'adjoindre le titre de dentiste, et soumettant à l'obligation de l'examen les étran-

1. Voir Boudet : *Soins faciles pour la propreté de la bouche, pour la conservation des dents et pour faire éviter aux enfants les accidents de la dentition.* — « L'art du dentiste, dit-il, étant une branche de la chirurgie, n'est pas si borné qu'il paraît l'être au premier coup d'œil. Les maladies dont sont attaquées les dents et les autres parties de la bouche sont en assez grand nombre pour occuper un homme tout entier. Celui qui serait non seulement bon chirurgien, mais un peu médecin même, n'aurait rien de trop pour connaître et pour traiter les maladies qui sont de notre ressort.... Aucune partie de la chirurgie ne donne tant de facilité et tant d'attrait pour le charlatan que celle du dentiste. »

2. Touchard. — *Rapport fait au nom de la commission de la réglementation*, Paris, 1891.

gers qui voudraient exercer la dentisterie en France. Cette proposition, plus libérale cependant que la précédente, ne satisfit pas tout le monde et, dès 1884, le Dr Chevandier, député de la Drôme, dans un projet embrassant l'exercice de la médecine, insérait un article réglementant aussi celui de l'art dentaire. L'exercice de ce dernier était subordonné à l'obtention du doctorat ou du diplôme spécial, mais les praticiens exerçants n'étaient astreints qu'à une simple déclaration pour conserver le libre exercice de leur profession.

La commission de la Chambre des députés chargée d'examiner cette proposition remplaça cet article par une disposition n'empêchant pas l'exercice, mais visant la création d'un diplôme spécial. Pour la première fois, elle stipulait que l'anesthésie générale ne pourrait être pratiquée par le dentiste qu'avec l'assistance d'un docteur en médecine ou d'un médecin-dentiste. Plus tard, elle revint sur sa décision et renonça à toute réglementation de l'art dentaire.

Quatre ans après, M. Lockroy, député de Paris, alors ministre du Commerce et de l'Industrie, déposa au nom du gouvernement, dans la séance du 19 novembre 1889, un projet déjà voté par le Comité consultatif d'hygiène publique de France, interdisant l'exercice de la dentisterie à quiconque n'était pas muni d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé. Cet exercice était maintenu aux dentistes patentés âgés de plus de trente ans et pratiquant depuis deux ans, tandis que l'anesthésie leur était absolument interdite. C'était tout simplement draconien.

Quelques jours après, le 25 du même mois, M. le Dr Chevandier revenait à la charge et déposait un nouveau projet ne permettant l'exercice de la dentisterie qu'aux dentistes munis d'un diplôme délivré par un jury d'Etat et n'astreignant qu'à une simple déclaration les praticiens en exercice. Dans l'ordre chronologique, le 20 février 1890, une nouvelle proposition fut formulée par M. le Dr David, député des Alpes-Maritimes. Elle interdisait l'exercice de la profession à quiconque n'était pas pourvu du doctorat en médecine ou d'un diplôme spécial de dentiste délivré par le gouvernement français, mais le permettait aux praticiens patentés âgés de plus de trente ans exerçant déjà depuis deux ans. En revanche, l'anesthésie était prohibée d'une façon absolue à tous les dentistes hors la présence d'un docteur, et la dispensation des médicaments ne leur était permise que dans des cas spéciaux. C'était quelque peu sévère.

Ces diverses propositions ayant toujours soulevé plus ou moins de critiques, le Gouvernement se décida, le 5 juin suivant, à présenter lui-même ses vues dans un projet de loi qui n'accordait l'exercice de l'art dentaire qu'aux personnes munies du doctorat en médecine ou d'un diplôme de dentiste délivré par lui, en le maintenant toutefois aux dentistes patentés exerçant depuis deux ans, mais en prohibant à ces derniers la pratique de l'anesthésie. La commission de la Chambre chargée d'examiner ces diverses propositions présenta le 27 octobre de la même année une nouvelle rédaction, exigeant pour la pratique de dentisterie soit le doctorat en médecine, soit l'officiat de santé, soit un diplôme de dentiste délivré par le Gouvernement.

Elle abaissait à un an la durée de l'exercice pour le praticien patenté et interdisait l'anesthésie générale ou locale à tous les dentistes sans la présence d'un docteur en médecine.

Ces dispositions furent amendées lors de la discussion publique et le texte définitif qui sortit de la Chambre des députés après la séance des 17 et 19 mars 1891 est le suivant :

Art. 5. — L'exercice de la profession de dentiste est interdit à toute personne qui n'est pas munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé ou d'un brevet de dentiste délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat et suivant un règlement d'études délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique.

Art. 6. — Le droit d'exercer la profession de dentiste est, par disposition transitoire, maintenu à tout dentiste justifiant, par la production de sa patente, d'une année d'exercice au jour de la promulgation de la présente loi.

Cette tolérance ne donne, dans aucun cas, aux dentistes se trouvant dans les conditions indiquées au paragraphe précédent le droit de pratiquer l'anesthésie.

Art. 7. — La dispense de brevet prévue par l'article précédent sera également accordée à ceux qui, étant présents sous les drapeaux au moment de la promulgation de la présente loi, justifieront d'au moins un an de stage comme dentistes dans un régiment ou dans un hôpital militaire.

Art. 18. — A partir de la promulgation de la présente loi, les médecins jouiront du droit de se constituer en associations syndicales dans les conditions de la loi du 21 mars 1884.

Art. 19. — Les fonctions de médecins et chirurgiens experts près les tribunaux ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine, français ou naturalisés français.

Un règlement d'administration publique revisera les tarifs du décret du 18 juin 1811 en ce qui touche les honoraires et vacations des médecins, chirurgiens, sages-femmes, experts et interprètes, les frais de transport et de séjour et la qualité d'experts qu'ils doivent conserver devant les tribunaux.

Art. 21. — Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui, n'étant pas munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé, ou qui, n'étant pas dans les conditions stipulées aux articles 6, 7, 8, 9, 10 et 13 de la présente loi, prend part au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, ainsi qu'à la pratique des accouchements et de l'art dentaire, soit par une direction suivie, soit par des manœuvres opératoires ou applications d'appareils;

2° Toute sage-femme qui sort des limites fixées à l'exercice de sa profession par les articles 7 et 8 de la présente loi ;

3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi ;

4° Tout dentiste qui contrevient à l'interdiction édictée par le dernier paragraphe de l'article 6 ci-dessus.

Les dispositions du paragraphe 1er du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qui agissent comme aides d'un docteur ou que celui-ci place auprès de ses malades.

Cette rédaction souleva une grande émotion dans le monde dentaire, et si les partisans acharnés de la réglementation quand même l'accueillirent comme une manne céleste, chez les esprits plus réfléchis et moins prévenus elle suscita quelques critiques. Quant aux ennemis de la réglementation quelle qu'elle soit, ils profitèrent de ce vote pour montrer l'inanité de l'espoir qui avait été fondé sur la sagesse et la bienveillance de la Chambre et pour attaquer *unguibus et rostro* la nouvelle loi.

Il faut le dire, en effet, il y avait toujours eu deux courants parmi les dentistes et ils existent encore aujourd'hui : les uns, convaincus de la nécessité de la rég'ementation et la désirant ardemment, les autres, pour des motifs personnels ou toutes autres raisons, celles du développement et des progrès de la profession, par exemple, repoussant toute ingérence de l'État dans la formation ou la préparation des dentistes.

Ces deux courants s'étaient manifestés, comme bien l'on pense, au sein de l'Association générale des dentistes de France, le plus important des deux groupements existant en France, mais avec une intensité différente, le premier entraînant la grosse majorité des membres, le second un petit nombre seulement. Toutefois, les préférences personnelles en faveur du *statu quo*, c'est-à dire de la liberté d'exercice, assez vives tant que la réglementation n'avait été que dans l'air, s'étaient tues tout-à-coup à l'approche du péril — la réglementation — et, dans la conviction que la corporation ne pourrait échapper à cette épée de Damoclès, comme aussi pour obtenir quelques concessions sur les textes alors soumis à la Commission parlementaire de la Chambre, les partisans de la liberté s'unirent momentanément aux partisans de la réglementation. C'est de cette union que sortit, le 15 mars 1890, un projet élaboré par l'Association générale qui réunit 150 signatures. Les partisans de la liberté étaient en tête, acceptant alors ce qu'ils devaient répudier plus tard.

Devant l'impossibilité du *statu quo*, ils souhaitaient une loi aussi douce que possible. On peut donc dire que, à ce moment, un an avant le vote de la Chambre, toute l'Association se ralliait à la réglementation, pensant avec raison ne pouvoir l'empêcher.

Il paraît même que cette décision n'a pas varié depuis, puisque une fois la loi sortie du Palais-Bourbon, une assemblée générale de l'Association, convoquée le 7 avril 1891 pour manifester son opinion sur la question, se prononça par sept voix en faveur de la liberté sur *deux cents* membres présents environ. L'Association persévérait donc dans son acceptation de la réglementation.

Cependant, pour adoucir les rigueurs du texte de la Chambre, elle proposa quelques amendements, ainsi conçus :

Art. 5. Suppression et remplacement du mot *brevet* par le mot *diplôme* et adjonction de *chirurgien* au mot *dentiste*.

Paragraphe additionnel. — Sur le vu des pièces justifiant la nature de leurs études antérieures et la date de leur établissement, les dentistes, âgés de plus de trente ans et pratiquant en France depuis cinq ans avant la promulgation de la présente loi, pourront obtenir le nouveau diplôme

de chirurgien-dentiste, mentionné dans l'article 5, en subissant devant un jury d'Etat des examens pratiques et un examen d'anesthésie. Les diplômés des deux Ecoles n'auraient à subir pour l'obtention du diplôme qu'un examen d'anesthésie.

Art. 6. — Le droit d'exercer la profession de dentiste est maintenu à tout dentiste justifiant, par des pièces authentiques, qu'il exerçait au jour de la promulgation de la présente loi.

Cette tolérance ne donne dans aucun cas aux dentistes se trouvant dans les conditions indiquées au paragraphe précédant le droit de pratiquer l'anesthésie.

Art. 18. — A partir de la promulgation de la présente loi, les médecins et les dentistes diplômés jouiront du droit de se constituer en associations syndicales dans les conditions de la loi du 21 mars 1884.

Art. 19 — Les fonctions de médecins, chirurgiens et chirurgiens-dentistes experts près les tribunaux ne peuvent être remplies par des docteurs en médecine et des chirurgiens-dentistes diplômés français ou naturalisés français.

Un règlement d'administration publique revisera les tarifs du décret du 18 juin 1811 en ce qui touche les honoraires et vacations des médecins, chirurgiens, sages-femmes, experts et interprètes, les frais de transport et de séjour et la qualité d'experts qu'ils doivent conserver devant les tribunaux.

Art. 21. — Exerce illégalement la médecine :

» 1° Toute personne qui, n'étant pas munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé, ou qui, n'étant pas dans les conditions stipulées aux articles 6, 7, 8, 9. 10 et 13 de la présente loi, prend part au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, ainsi qu'à la pratique des accouchements de l'art dentaire, soit par une direction suivie, soit par des manœuvres opératoires ou applications d'appareils autres que ceux de *prothèse dentaire* ;

2° Toute sage-femme qui sort des limites fixées à l'exercice de sa profession par les articles 7 et 8 de la présente loi ;

3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi ;

4° Tout dentiste qui contrevient à l'interdiction édictée par le dernier paragraphe de l'article ci-dessus.

Les dispositions du paragraphe 1er du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qui agissent comme aides d'un docteur ou que celui-ci place auprès de ses malades.

Elle fit plus : elle chargea le Conseil de direction de nommer une commission, composée de MM. Lecaudey, Gravollet, Francis Jean, Viau et Touchard, de se mettre en rapport avec les pouvoirs compétents. Les commissaires avaient pour mission de défendre les intérêts de la corporation dans le sens admis par l'Association et d'adresser un rapport aux sénateurs pour les éclairer. Ce rapport, dû à M. Touchard choisi par ses collègues comme rapporteur, fut approuvé par le Conseil, imprimé et envoyé aux membres du Sénat, dès le 5 juin 1891.

De plus, la commission sénatoriale une fois constituée, ce qui eut lieu le 8 juin 1891 (cette commission était composée de MM. Bardoux, Cornil, Combes, Coste, Couturier, Delsol, Libert, Lesouc et Lemonnier), une délégation, comprenant MM. Lecaudey, Viau et Touchard,

lui fut envoyée par la Commission de réglementation de l'Association et reçue par elle le 25 juin, à 10 heures du matin. Les commissaires du Sénat, après avoir entendu MM. Brouardel, Chevandier et Liard, s'étant ralliés au projet du Gouvernement, il devenait urgent de leur exposer les desiderata de la corporation. Le compte rendu de cette entrevue a été publié dans le n° de juillet 1891 de l'*Odontologie* ; néanmoins nous croyons nécessaire de le reproduire ci-dessous :

INFORMATION

Nous apprenons d'une source autorisée que la commission sénatoriale de la loi sur l'exercice de la médecine, après avoir entendu MM. Brouardel, Chevandier et Liard, s'est ralliée au projet du gouvernement, qui subsiste ainsi tout entier.

Nous pouvons donc être assurés, dès maintenant, que la réglementation sera votée au Sénat. Quant au diplôme spécial de *chirurgien-dentiste*, sa création est subordonnée à la suppression de l'officiat de santé qui paraît probable.

LA RÉGLEMENTATION DEVANT LE SÉNAT

La commission de réglementation de l'Association générale des dentistes de France a été entendue, le jeudi, 25 juin, à 10 heures du matin, par la commission sénatoriale chargée de l'examen de la loi sur l'exercice de la médecine. Les délégués de la commission étaient MM. Lecaudey Touchard et Viau.

M. Lecaudey a d'abord remercié M. le président Cornil d'avoir bien voulu recevoir les délégués et lui en a exprimé sa reconnaissance.

M. le Dr Cornil présente la délégation à ses collègues de la commission. Il ajoute qu'il a reçu et lu avec intérêt le rapport de M. Touchard, et qu'il y a vu figurer avec plaisir des extraits de discours prononcés par des sommités de la science. M. Cornil donne ensuite la parole à M. Lecaudey, qui prie M. Touchard de le suppléer.

Celui-ci fait connaître que la délégation est chargée de défendre auprès du Sénat le principe de la réglementation votée par la Chambre, mais avec des modifications de détail qui, sans porter atteinte au caractère de la loi, la rendent cependant plus acceptable et moins dure pour la profession, M. Touchard donne alors connaissance de ces modifications adoptées par l'Assemblée générale et les appuie des arguments insérés dans son rapport.

La lecture de ces modifications n'a soulevé aucune objection excepté à l'article 21, à propos duquel un membre de la commission considère l'adjonction des mots *autres que ceux de prothèse dentaire* comme inutiles. Ce sentiment semble d'ailleurs être partagé par la commission.

M. Touchard a fourni ensuite des explications sur l'organisation et le fonctionnement de l'Ecole dentaire de Paris ainsi que sur le recrutement du corps enseignant, et ce, sur la demande de M. Bardoux, vice-président du Sénat.

Il a fait ressortir les avantages de l'enseignement qu'on y reçoit et a demandé que cette école fût utilisée par l'Etat lors de la mise en vigueur de la loi à intervenir, étant donné les avantages du diplôme spécial pour le dentiste sur l'exigence du doctorat en médecine ou de l'officiat de santé. Il a cité à l'appui de sa thèse l'exemple de la Hollande et de la Belgique qui durent renoncer à exiger des dentistes le doctorat en médecine, après un essai infructueux de 10 années — 3 dentistes seulement ayant obtenu ce titre. — Ce fait a paru impressionner la commission.

MM. Lecaudey et Viau ont tour à tour pris la parole pour appuyer l'argumentation de M. Touchard.

Les délégués ont eu l'étonnement, à leur arrivée, de trouver M. le Dr David, député des Alpes-Maritimes, au milieu des membres de la commission sénatoriale, qui l'avait, sans doute, appelé pour donner son opinion sur la question. Il a assisté à leur audition, comme il avait déjà assisté à celle de la Société de stomatologie, qui avait été convoquée à 9 h. 1/2.

Dès que M. Touchard eut terminé son explication, M. le Dr David prenant la parole, déclara spontanément qu'il n'était point là comme député, mais comme dentiste et comme ancien directeur de l'Ecole dentaire de Paris, et qu'à ce titre il désirait soutenir les revendications présentées par les délégués de l'Association. Il l'a fait dans les termes suivants :

« Messieurs,

» Ce n'est pas comme député que j'interviens, mais comme dentiste.

» Bien que n'appartenant plus à l'Ecole dentaire de Paris, je ne puis oublier que j'en ai été quelques années le directeur et, à ce titre, je viens appuyer les déclarations de ses représentants actuels.

» Ainsi que le disait M. Brouardel, les progrès de la dentisterie, ses délicates opérations, sa thérapeutique, ont rendu nécessaire la réglementation de l'art dentaire. Cette réglementation a été faite partout à l'étranger et elle est demandée par nos dentistes eux-mêmes, sauf 4 ou 5 dentistes dissidents; le corps professionnel est unanime à la réclamer, ainsi que me le prouvent les nombreuses pétitions que nous avons reçues à la commission parlementaire de la Chambre. Et les dentistes ont raison, car la réglementation peut seule élever le niveau de la profession, leur donner la place qu'ils méritent dans la société, et surtout *leur permettre de lutter avantageusement contre la concurrence illégale des dentistes étrangers.*

» Sur ce point il y a accord complet entre les dentistes, l'opinion publique et le Gouvernement.

» Mais comment se fera cette réglementation ? C'est ici qu'apparaissent les divergences.

» La question de réglementation de la profession de dentiste a fait un grand pas, par le vote qu'a récemment émis la Chambre des députés.

» Deux modes de réglementation ont été étudiés : ils consistent l'un à imposer aux dentistes un diplôme médical, l'autre un diplôme spécial.

» Le premier mode a été longtemps soutenu par le Gouvernement, par le Comité consultatif d'hygiène et par la Société de stomatologie dirigée par MM. Galippe et Magitot. Je l'ai moi-même soutenu et défendu. J'ai depuis changé d'opinion et je vois avec plaisir que le Gouvernement, que le Comité consultatif d'hygiène ont fait comme moi. Pourquoi ? Comment ai-je ainsi varié ? Un jour l'école dentaire de Paris, tout récemment créée, m'offrit une chaire. Sur les conseils d'amis tels que P. Bert, Trélat, Verneuil, Parrot, j'acceptai, ce qui me mit à même de voir de très près. Durant sept à huit ans que j'ai passés à l'Ecole, soit comme professeur, soit comme directeur, j'ai acquis la conviction que, restreinte à ses véritables limites, la profession de dentiste peut parfaitement être exercée par des personnes non graduées en médecine. J'ai même vu de simples dentistes qui sont certainement aussi bons praticiens que les plus renommés des médecins.

» Voilà pourquoi, sans vous parler de mille autres raisons que vous connaissez bien, j'ai, dans une proposition de loi, défendu l'institution du

diplôme spécial. Cette institution, au reste n'apparaît-elle pas comme un corollaire de la suppression de l'officiat de santé ?

» A la Chambre, le Gouvernement, le Comité consultatif d'hygiène et notre commission parlementaire, ont manifesté sur ce point un accord que la Chambre elle-même a partagé.

» Il y a une autre raison, toute de sentiment, que j'ai omis de vous faire valoir en faveur du diplôme spécial ; nous commettrions une profonde injustice vis à vis des dentistes en voulant les exclure d'un mouvement, d'une réforme qu'ils ont en partie eux-mêmes réalisée.

» Il y a vingt ans nous n'avions aucun enseignement; aussi les dentistes français, même chez eux, étaient-ils primés par les dentistes étrangers, par les américains surtout. Avec leurs seules ressources, les dentistes français ont fondé des écoles qui sont aujourd'hui très prospères, qui ont déjà formé un millier de praticiens et dont le diplôme est très apprécié, non-seulement chez nous mais encore à l'étranger.

» Messieurs, la loi qui vous est soumise a été votée d'une façon un peu précipitée à la fin d'une session; nous avons dû, au cours de la discussion, changer plusieurs fois la rédaction de certains articles. Elle comporte, je crois, de nombreuses modifications. En ce qui concerne les dentistes, ces messieurs vous ont formulé leurs *desiderata*, que vous prendrez certainement en considération. Je vous ai exposé au début de cette séance un programme d'études, j'ajouterai un mot sur ce point. Lorsque la question d'exercice sera tranchée, le Gouvernement abordera la question bien distincte de l'enseignement de la profession, il trouvera dans les écoles des éléments déjà existants qui ont fait leurs preuves, et qu'il sera certainement heureux de mettre à profit. »

Notre impartialité nous a fait un devoir de donner à nos lecteurs connaissance de ce document dont la portée n'échappera à personne. On nous avait toujours présenté le Dr David comme étant hostile à l'institution qu'il avait dirigée, qu'il avait juré sa perte. etc., etc. Le discours qu'il a prononcé devant la commission sénatoriale nous paraît un démenti à ces appréciations, et nous nous en félicitons et pour lui et pour la cause que nous défendons.

F. Touchard. D. E. D. P.

Il convient ici d'ouvrir une parenthèse pour relater un incident — nous ne pouvons nous résoudre à lui donner d'autre nom — que l'assemblée générale avait fait naître. Les libertaires, qui étaient renés de leurs cendres, puisqu'ils s'étaient suicidés plus d'un an auparavant, mécontents en apparence du texte voté par la Chambre et surtout de la décision de l'assemblée générale du 7 avril, mais, en fait, uniquement et profondément irrités des élections du mois de janvier 1891 qui leur enlevaient la prédominance dans la direction morale de la société, se séparèrent brusquement de leurs collègues de l'Association et fondèrent, le 17 mai 1891, une *ligue pour la défense de la liberté professionnelle de l'art dentaire.* Une ligue de plus, dont le besoin ne se faisait guère sentir. Cette ligue rédigea et publia un long *factum* suivi d'une pétition aux sénateurs, vouant aux dieux infernaux et anathématisant la loi votée par la Chambre. Il faut croire cependant que l'enfantement de cette sainte union ne se fit pas tout seul et que si, plus heureuse que sa devancière, elle eut de suite un chef, il lui manquait des soldats. On en recruta tant bien

que mal : des mécaniciens — qu'on avait jadis dédaignés — des avocats, des architectes, des membres de bureau de bienfaisance, des coiffeurs, des concierges, j'en passe, et des meilleurs. Si l'institution des raccoleurs avait encore été tolérée par la loi et par nos mœurs, nul doute même qu'on n'eût vu sur le Pont-Neuf des raccoleurs perchés sur une estrade et faisant tinter des écus dans leurs poches en versant force rasades aux nigauds Qui l'eût dit? Qui l'eût cru ? Comment, des signataires de la pétition du 15 mars 1890 et non des derniers, des gens qui avaient mis leur signature au bas de ces lignes :

2° Si les pouvoirs publics jugent impossible le maintien d'un état de choses séculaires, les soussignés demandent qu'il soit statué sur les conditions d'exercice de l'art dentaire par une loi spéciale, et non par un article de loi sur l'art médical.

Ils demandent donc la disjonction des dispositions concernant les dentistes et de celles concernant les médecins (ainsi que l'ont fait les pays ayant adopté le système de la réglementation : les États de l'Amérique du Nord ayant adopté des prescriptions à cet égard, l'Angleterre, la Suisse, l'Allemagne, l'Italie, la Belgique, l'Espagne et la Russie).

3° Enfin, si,contrairement à ces vœux, le Gouvernement et les Chambres jugent nécessaire de statuer à propos de l'exercice de l'art médical sur les conditions d'exercice de l'art dentaire, les soussignés les prient de prendre en considération le projet de réglementation suivant,qui, à leurs yeux, met le mieux en accord l'intérêt général et l'intérêt professionnel.

faisaient brusquement volte-face, reniaient leur passé, renonçaient à la réglementation qu'ils avaient eux-mêmes préparée et s'acharnaient avec un zèle digne d'un meilleur sort à réclamer ce qu'ils savaient bien qu'on ne leur accorderait point! Pourquoi cela, puisque toutes ces clameurs ne pouvaient avoir aucun effet? Les libertaires avaient-ils donc trouvé leur chemin de Damas ? Pour qui va au fond des choses, il est bien aisé de voir que tout ceci n'est qu'un jeu et que, seul, le dépit de se voir exclus de la direction des divers groupements de l'Association leur faisait jeter feux et flammes et brûler ce qu'ils avaient pu adorer un moment.

D'ailleurs dans le domaine des faits, quelle aura été l'utilité de la ligue? Aucune. Ce qu'elle demande à la Commission sénatoriale, elle sait qu'il est impossible qu'on le lui accorde : donc elle perd son temps et elle le perd sciemment. Ce qui est plus grave, c'est qu'elle eût pu nuire aux intérêts que nous étions chargés de défendre. Mais pour la galerie, cela fait très-bien : on paraît se soucier du bien public. Messieurs, il y a eu aussi d'autres ligues formées sous ce prétexte et on sait ce qu'elles ont donné! — Nous ne croyons pas devoir insister davantage et nous considérons l'incident comme clos, car il ne restera de tout ce bruit que du vent et beaucoup de papier noirci.

Sur ces entrefaites, la Commission sénatoriale a continué son examen. Après avoir consulté les conseils généraux sur la suppression de l'officiat de santé et obtenu 46 réponses favorables à celle-ci contre 18 défavorables, elle s'est arrêtée au texte suivant :

Art. 2. — L'exercice de la profession de dentiste est interdit à toute personne qui n'est pas munie d'un diplôme de docteur en médecine,

d'officier de santé ou de dentiste. Le diplôme de dentiste sera délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat et suivant un règlement d'études délibéré en Conseil supérieur de l'Instruction publique. Les dentistes qui ne sont pourvus que de ce diplôme spécial ne pourront pratiquer l'anesthésie générale qu'avec l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé.

Art. 35. — Le droit d'exercer la profession de dentiste est, par dispolition transitoire, maintenu à tout dentiste justifiant, par la production de sa patente, de cinq années d'exercice au jour de la promulgation de la présente loi.

Cette tolérance ne donne dans aucun cas, au dentiste se trouvant dans les conditions indiquées au paragraphe précédent le droit de pratiquer l'anesthésie,

Art. 37. — La présente loi est applicable dans le délai d'un an après sa promulgation.

Ce texte aggravait les dispositions déjà votées par la Chambre. Il devenait donc urgent de faire des démarches tant auprès de la Commission sénatoriale et de son président que du commissaire du gouvernement, pour obtenir les adoucissements réclamés par la corporation. La Commission de l'Association générale le comprit bien et, sans marchander leur temps et leur peine, ses délégués, dans des entretiens répétés avec les uns et les autres, où la bienveillance et l'intérêt des auditeurs n'ont cessé de leur être accordés, parvinrent non seulement à leur faire accepter des modifications qui atténuent la rigueur du texte primitif, mais bien encore à y introduire des faveurs dont, seuls, les officiers de santé devaient bénéficier.

A cette occasion il nous plaît de rendre justice à M. le Dr David, député, qui, se rappelant son ancien titre de directeur de l'Ecole dentaire de Paris et son intervention auprès de la Commission de la Chambre, crut de son devoir de se présenter à nouveau devant celle du Sénat et d'user de toute l'influence que lui donne sa compétence en la matière pour obtenir des avantages refusés jusque-là à la profession.

M. le Dr David a été assez heureux pour réussir de son côté. Grâce à ce concours d'efforts, grâce à cette union, qui aurait dû toujours exister, grâce à la justesse de leur cause et surtout à l'aménité des moyens employés — car ce n'est point par des critiques maladroites, intempestives et par des attaques incessantes qu'on peut se concilier des sympathies et parvenir à se faire écouter, les délégués de l'Association générale ont le mérite et la satisfaction d'avoir obtenu des atténuations inespérées et refusées jusqu'alors.

Le texte définitif élaboré par la Commission sénatoriale est ainsi conçu :

TITRE II

Conditions de l'exercice de la profession de dentiste.

Art. 2. — L'exercice de la profession de dentiste est interdit à toute personne qui n'est pas munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé ou de dentiste. Le diplôme de dentiste sera délivré par le

gouvernement français à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat et suivant un règlement d'études délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique.

Les dentistes qui ne sont pourvus que de ce diplôme spécial ne pourront pratiquer l'anesthésie générale qu'avec l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé.

TITRE IV

Exercice de la médecine, de l'art dentaire et de la profession de sage-femme.

Art. 5. — A part du délai prescrit par l'article 37 pour l'application de la loi, les médecins, les dentistes et sages-femmes venant de l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pourront exercer leur profession en France qu'à la condition d'avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine, ou de sage-femme, ou de dentiste, dans les conditions prévues aux articles 1, 2 et 3.

Des dispenses pourront être accordées par le ministre, conformément à un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique.

Art. 7. — Les étudiants étrangers qui postulent soit le diplôme de docteur en médecine, visé à l'article premier de la présente loi, soit le diplôme de dentiste visé à l'article 2, sont soumis aux mêmes règles de scolarité et d'examens que les étudiants français.

Les équivalences de diplômes et certificats obtenus à l'étranger et les dispenses peuvent être données par le ministre de l'instruction publique, sur l'avis des autorités compétentes, en vue de l'inscription à prendre dans un établissement d'enseignement médical.

Art. 9. — Les docteurs en médecine, les officiers de santé, les dentistes et les sages-femmes sont tenus, dans le délai d'un mois à partir du jour où ils ont établi leur domicile dans une localité, de faire enregistrer, sans frais, leur titre à la préfecture ou à la sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de leur arrondissement.

Le fait de porter son domicile dans un autre département oblige à un nouvel enregistrement du titre dans le même délai.

Ceux ou celles qui, n'ayant jamais exercé ou n'exerçant plus depuis deux ans, veulent se livrer à l'exercice de leur profession, doivent également, et dans les mêmes conditions, faire enregistrer leur titre.

Art. 10. — Il est établi chaque année dans les départements, par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire, des listes distinctes portant les noms et prénoms, la résidence, la date et les lieux de réception des médecins, des dentistes visés par les articles 1 et 2 et des sages-femmes.

Ces listes sont affichées chaque année, dans la première quinzaine de janvier, dans toutes les communes du département. Des copies certifiées en sont transmises aux ministres de l'intérieur, de l'instruction publique et de la justice.

La statistique du personnel médical existant en France et aux colonies est adressée tous les ans par les soins du ministre de l'intérieur.

Art. 11. — L'exercice simultané de la profession de médecin, de dentiste ou de sage-femme avec celle de pharmacien ou d'herboriste est interdit, même en cas de possession des titres conférant le droit d'exercer ces professions. Cette disposition n'a pas d'effet rétroactif.

Toutefois, tout docteur ou officier de santé, établi dans les localités où il n'y a pas d'officine de pharmacien à une distance moindre de quatre kilomètres, peut tenir des médicaments pour l'usage exclusif de ses malades, sous la condition de se soumettre aux lois et règlements régissant la pharmacie, à l'exception de la patente.

Art. 12. — L'article 2272 du Code civil est modifié ainsi qu'il suit :

« L'action des huissiers, pour le salaire des actes qu'ils signifient, » (le reste comme au Code).

Ajouter à l'article le paragraphe suivant :

« L'action des médecins, chirurgiens, dentistes, sages-femmes et » pharmaciens, pour leurs visites, opérations et médicaments se prescrit » par deux ans. »

Art. 14. — A partir de la promulgation de la présente loi, les médecins, dentistes et sages-femmes jouiront du droit de se constituer en associations syndicales dans les conditions de la loi du 21 mars 1884.

Art. 15. — Les fonctions de médecins experts près les tribunaux ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine français.

Un règlement d'administration publique revisera les tarifs du décret du 18 juin 1811, en ce qui touche les honoraires, vacations, frais de transport et de séjour des médecins.

Le même règlement déterminera les conditions suivant lesquelles pourra être conféré le titre d'expert devant les tribunaux.

TITRE V

Exercice illégal. — Pénalités.

Art. 17. — Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui, n'étant pas munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé ou qui, n'étant pas dans les conditions stipulées aux articles 1, 2, 3, 4, et 5 de la présente loi, prend part au traitement des maladies ou des affections chirurgicales ainsi qu'à la pratique des accouchements et de l'art dentaire, sauf les cas d'urgence avérée ;

2° Tout dentiste qui contrevient à l'interdiction édictée par le dernier paragraphe de l'acticle 2 ci-dessus.

3° Toute sage femme qui sort des limites fixées à l'exercice de sa profession par les articles 7 et 8 de la présente loi ;

4° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi.

Les dispositions du paragraphe premier du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qui agissent comme aides d'un docteur ou que celui-ci place auprès de ses malades.

Art. 18. — Le délit d'exercice illégal de la médecine, de l'art dentaire ou de la pratique des accouchements, sera poursuivi devant les tribunaux correctionnels, à la diligence du procureur de la République.

Les médecins, dentistes, sages-femmes, les associations de médecins régulièrement constituées et les syndicats pourront poursuivre le délit ou le dénoncer, et, s'il y a lieu, se porter partie civile.

Art. 19. — Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de 100 à 500 francs. En cas de récidive, l'amende sera de 500 francs à 1.000 francs. Le coupable peut, en outre, être puni d'un emprisonnement de quinze jours à six mois.

L'exercice illégal de l'art dentaire ou de l'art des accouchements est puni d'une amende de 50 à 100 francs et, en cas de récidive, de 100 à 500 francs. Un emprisonnement de six jours à un mois peut aussi être prononcé.

Art. 20. — Si l'exercice illégal de la médecine ou de l'art dentaire est accompagné d'usurpation du titre de docteur ou d'officier de santé, l'a-

mende sera de 1,000 à 2,000 francs; en cas de récidive, elle sera de 2,000 à 3,000 francs et le délinquant sera, en outre, passible d'un emprisonnement de trois mois à un an.

L'usurpation du titre de dentiste ou de sage-femme sera punie d'une amende de 100 à 500 francs. En cas de récidive, l'amende sera de 500 à 1,000 francs et, en outre, la peine de l'emprisonnement de six jours à quinze jours pourra être prononcée.

Art. 23. — Quiconque exerce la médecine, l'art dentaire ou l'art des accouchements sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés à l'article 9 de la présente loi, est puni d'une amende de 25 à 100 francs.

Art. 24. — Pour tous les cas il y a récidive, lorsque, dans les cinq années antérieures, le prévenu a été condamné pour un des délits prévus et punis par la présente loi.

Art. 25. — L'exercice simultané de la médecine, de l'art dentaire ou de l'art des accouchements avec celui de la pharmacie et de l'herboristerie est puni d'une amende de 100 à 500 francs.

En cas de récidive, l'amende sera de 500 à 1,000 francs et les délinquants pourront en outre être condamnés à un emprisonnement de quinze jours à trois mois.

Art. 28. — La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de leur profession peuvent être prononcées accessoirement à la peine principale contre tout médecin, officier de santé, dentiste ou sage-femme, qui est condamné :

1° A une peine afflictive ou infamante;

2° A une peine correctionnelle prononcée pour crime de faux, pour vol et escroquerie, pour crimes ou délits prévus par les articles 316, 317, 331, 332, 334, et 345 du Code pénal;

3° A une peine correctionnelle prononcée par une cour d'assises pour les faits qualifiés crimes par la loi.

Les aspirants ou aspirantes aux diplômes de docteur en médecine, d'officier de santé, de dentiste et de sage-femme condamnés à l'une des peines énumérées aux paragraphes 1, 2 et 3 du présent article, peuvent être exclus pour toujours de tous les établissements d'enseignement supérieur de l'Etat et ne peuvent recevoir aucun diplôme, lors même que leurs études seraient complètement terminées.

La peine de l'exclusion sera prononcée par le Conseil académique, sauf recours au Conseil supérieur de l'instruction publique, dans les conditions de la loi du 27 février 1880.

En aucun cas, les crimes et délits politiques ne pourront entraîner la suspension temporaire ou l'incapacité absolue d'exercer les professions visées au présent article.

Art. 29. — L'exercice de leur profession par les personnes contre lesquelles a été prononcée la suspension temporaire ou l'incapacité absolue, dans les conditions spécifiées à l'article précédent, tombe sous le coup des articles 18, 19, 20, 21 et 22 de la présente loi.

TITRE VI

Dispositions transitoires.

Art. 32. Un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique déterminera les conditions dans lesquelles un : 1° officier de santé pourra obtenir le grade de docteur en médecine; 2° un dentiste qui bénéficie des dispositions transitoires pourra obtenir le diplôme de dentiste.

Art. 33. — Les élèves qui, au moment de la promulgation de la présente loi, auront pris leur première inscription pour l'officiat de santé pourront continuer leurs études médicales suivant les règles précédemment en vigueur et obtenir le diplôme d'officier de santé.

Art. 34. — Le droit d'exercer la profession de dentiste est, par disposition transitoire, maintenu à tout dentiste justifiant par la production de sa patente, de deux années d'exercice au jour de la promulgation de la présente loi.

Cette tolérance ne donne, dans aucun cas, aux dentistes se trouvant dans les conditions indiquées au paragraphe précédent, le droit de pratiquer l'anesthésie.

Art. 35. — Le droit de continuer l'exercice de leur profession est maintenu aux sages-femmes de 1re et de 2e classes, reçues en vertu des articles 30, 31 et 32 de la loi du 19 ventôse an XI, ou des décrets et arrêtés ministériels ultérieurs.

Art. 36. — La présente loi est applicable dans le délai d'un an à partir de sa promulgation.

Art. 37. — La présente loi est applicable à l'Algérie et aux colonies, sans préjudice des dispositions spéciales édictées par les lois, décrets et règlements qui visent l'exercice de la médecine sur leurs territoires respectifs.

Art. 38. — Sont et demeurent abrogés : la loi du 19 ventôse an XI, l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI, et généralement toutes les dispositions de lois et règlements contraires à la présente loi.

Ainsi, tandis que la Chambre refusait aux dentistes pourvus simplement du diplôme spécial le droit de pratiquer l'anesthésie, le Sénat leur permet même l'anesthésie générale avec le concours d'un docteur en médecine ou d'un officier de santé ; ils auront donc toute liberté de pratiquer l'anesthésie locale. De plus, les dentistes auront le droit de se syndiquer, et qui ne leur était pas accordé par la Chambre.

L'exercice de la pratique est maintenu aux dentistes justifiant par la production de leur patente de deux années d'exercice au moment de la promulgation de la loi. La Chambre, il est vrai, se contentait d'un an, mais il ne faut pas oublier que la commission sénatoriale réclamait *cinq ans* d'exercice dans sa première rédaction. D'ailleurs, comme la loi n'est applicable qu'un an après sa promulgation, la durée d'exercice réclamée se trouve réduite à un an.

De plus, *point capital pour la profession*, les dentistes se trouvant dans ce cas, pourront obtenir le diplôme créé par la loi, — avantage essentiel que n'accordaient ni le texte de la Chambre, ni le texte primitif de la Commission sénatoriale, — et avoir ainsi le droit de pratiquer l'anesthésie, dont autrement ils eussent été privés.

D'autre part, les dentistes obtiendront un *diplôme* et non un *brevet*, ainsi que le portait le texte de la Chambre.

Si l'article qui spécifie que les fonctions d'expert près les tribunaux ne peuvent être remplis que par des docteurs en médecine français, c'est simplement pour en écarter les officiers de santé ; mais les tribunaux restent maîtres de désigner des dentistes quand les causes le comportent.

L'article 17 atténue notablement les duretés des dispositions péna-

les auxquelles s'était arrêtée la Chambre, en ne punissant pas les opérations prothétiques pratiquées par les mécaniciens et en permettant, dans les cas d'urgence avérée, l'extraction des dents aux non-dentistes. Enfin, comme satisfaction d'amour-propre, les dentistes sont toujours mentionnés immédiatement après les médecins.

En résumé, il est facile de se convaincre par la lecture des textes qui précèdent et par leur comparaison que des avantages marqués ont été obtenus sur la rédaction de la Chambre et la rédaction primitive du Sénat. C'est là un fait qu'on ne saurait contester, car il saute aux yeux. Or il est absolument certain que c'est aux seules démarches réitérées de la Commission de réglementation de l'Association générale et de ses délégués que ces résultats sont dûs. La première Commission nommée n'en saurait dire autant, puisqu'elle n'a même pas pu parvenir à se faire recevoir. Ainsi donc, ce que celle-ci n'a pu ou n'a su faire, celle-là l'a obtenu. Et pourtant on sait si les moyens d'action ont été nombreux et coûteux : un rapport de 96 pages non-seulement n'a pas été lu, mais n'a même pas été distribué en temps utile aux membres de la Chambre. Il est vrai que la première Commission ne comprenait que des anciens, des fondateurs de l'Ecole dentaire, qui, par leur âge et leur expérience, auraient dû savoir que ce n'était pas en déversant des flots d'encre ni surtout en s'attaquant acrimonieusement à ceux que l'on considère à tort comme ses ennemis, qu'on gagne leur oreille. Ce que la Commission de 1890 n'a point fait, celle de 1891 a su le faire et ce ne sera pas pour le nouveau groupe des *jeunes* entrés au Conseil son moindre titre de gloire. D'un côté, des rancunes personnelles, des polémiques passionnées, des critiques acharnées et des attaques virulentes, voilà les armes avec lesquelles on combattait en faveur et au nom de l'intérêt de la profession. De l'autre, de l'impartialité, de la condescendance, des démarches répétées, des arguments sérieux et l'union avec ceux qui pouvaient faire aboutir ce que toute la profession réclamait ; tels sont les moyens d'action employés.

Il convient à ce propos de signaler l'empressement et l'abnégation de notre vénérable président, Directeur de l'Ecole dentaire de Paris, M. Lecaudey. On peut dire que les succès obtenus par la Commission de 1890 lui sont dûs en grande partie, à lui qui trouvait toujours de bonnes paroles et des encouragements, lorsque parfois l'amertume et la lassitude de la lutte faisaient hésiter les plus vaillants.

Il convient d'ajouter à cet éloge M. le D[r] David qui ne voyant que l'intérêt de la profession — on ne saurait lui reprocher d'avoir agi pour lui-même — s'est prodigué avec toute son activité et sa vigueur pour faire aboutir des réformes qui nous tenaient à cœur. Lui, qu'on avait abreuvé d'épigrammes plus ou moins heureuses, a donné un bel exemple de la reconnaissance humaine en payant du plus louable empressement et en soutenant de toute son autorité les représentants de l'Association générale chaque fois que l'occasion s'en est présentée. Nous l'en remercions publiquement.

Il serait injuste de ne pas signaler à la reconnaissance de nos confrères deux sommités, qui, dans cette question vitale pour les dentis-

tes, se sont montrés d'une bienveillance, d'une courtoisie et d'un empressement qu'on ne rencontre guère d'ordinaire chez des personnalités aussi marquantes : je veux dire MM. les Drs Brouardel et Cornil. Qu'ils nous permettent de leur adresser ici l'expression de toute notre gratitude.

CORRESPONDANCE

Le Comité de rédaction a reçu la lettre suivante :

» A la suite de la lecture du rapport du trésorier des bruits malveillants sont parvenus aux oreilles de M. Ronnet.

» M. Viau, disait-on, aurait dans son rapport suspecté l'honorabilité de M. Ronnet. Ce dernier nous ayant chargé d'aller voir M. Viau, à ce sujet celui-ci nous a spontanément déclaré qu'il était étonné de ces allégations. « Si j'ai formulé ces critiques contre l'administration de M. Ronnet, je n'ai jamais mis en doute son honorabilité personnelle, du reste mon rapport imprimé suffira pour réduire à néant ces bruits dénués de fondement. »

» Ces déclarations très franches et très spontanées de M. Viau nous ont satisfait tant au nom de M. Ronnet qu'au nôtre.

HEIDÉ, R. CHAUVIN. »

Paris, 25 février 1892.

NOUVELLES

M. le professeur Cornil vient de déposer sur le bureau du Sénat, son rapport sur la loi relative à l'exercice de la médecine.

Nous regrettons que l'abondance des matières et la nécessité de notre tirage ne nous permettent pas de le publier aujourd'hui ; nous ne manquerons pas de donner, dans notre prochain numéro, la partie intéressant l'art dentaire avec l'interprétation qu'elle comporte.

AVIS

M. Martinier, sous-trésorier, informe MM. les membres de l'Association générale des dentistes de France qu'il fera toucher la cotisation du 1er trimestre 1892, du 25 mars au 1er avril.

NÉCROLOGIE

Nous apprenons le décès de M. Ash, fondateur de la grande maison de fournitures pour dentistes, à l'âge de 72 ans.

Chacun sait que M. Ash, par ses nombreuses inventions et ses perfectionnements, a contribué à l'avancement de la mécanique et de la prothèse dentaires ; aussi cette perte sera vivement ressentie dans le monde des dentistes et en particulier par l'Ecole dentaire de Paris; dont il était membre bienfaiteur.

Nous adressons à sa famille l'expression de nos regrets et de notre respectueuse sympathie.

RECONNAISSANCE D'UTILITÉ PUBLIQUE DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Le *Journal officiel* du 18 mars 1892 publie le décret suivant :

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'intérieur,

Vu la demande formée par la Société de l'Ecole et du dispensaire dentaires de Paris, dont le siège est à Paris, à l'effet d'obtenir la reconnaissance de cette association comme établissement d'utilité publique ;

Vu les statuts de la société ;

Vu les avis du préfet de la Seine, du préfet de police, du comité consultatif d'hygiène publique de France ;

Vu ensemble les autres pièces du dossier ;

La section de l'intérieur, des cultes, de l'instruction publique et des beaux-arts du conseil d'Etat entendue,

Décrète :

Art. 1er. — L'association dite « Société de l'Ecole et du dispensaire dentaires de Paris », fondée en 1880, est reconnue comme établissement d'utilité publique.

Art. 2. — Les statuts de l'association, tels qui sont annexés au présent décret, sont et demeurent approuvés.

Art. 3. — Le ministre de l'intérieur est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois* et publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 19 février 1892.

Carnot.

Par le Président de la République :
Le ministre de l'intérieur,
Constans.

Certains esprits malveillants ou chagrins s'étaient toujours plu à représenter comme un mythe, comme une chimère irréalisable, la reconnaissance d'utilité publique parce qu'eux-mêmes n'avaient pas vu accueillir la demande qu'ils avaient formée à cet égard. Le décret ci-dessus leur donne un démenti sur lequel il n'est pas besoin d'insister pour le moment.

F. Touchard.

HYPERESTHÉSIE ET SENSIBILITÉ NORMALE DE LA DENTINE

Par M. G. Viau, Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Lorsqu'on parcourt certains ouvrages de dentisterie, on est tout surpris de voir la confusion qui existe entre la sensibilité normale et la sensibilité pathologique de la dentine. Les mots hyperesthésie et sensibilité semblent avoir là un sens identique et correspondre à un processus organique absolument analogue. On parle de l'hyperesthé-

sie de la dentine toutes les fois que ce tissu manifeste une réaction naturelle et absolument normale contre les influences extérieures ; on ne parait pas se souvenir que la dentine est une substance organique vivante pourvue d'éléments qui perçoivent les impressions et que, par conséquent, elle possède à l'état physiologique sa sensibilité propre. Cela est un oubli contre lequel nous tenons à protester, car il s'agit ici non pas d'une question de mots, mais bien de phénomènes organiques différents, dont il faut absolument tenir compte au point de vue pratique.

Pour nous, l'hyperesthésie de la dentine est un phénomène rare ou tout au moins peu fréquent, tandis que la sensibilité est constante et nécessaire. Son absence serait anormale et résulterait soit d'une altération anatomique de la substance dentinaire, soit d'une dégénérescence ou de l'absence totale de l'organe central. Cette sensibilité physiologique varie nécessairement avec l'irritabilité particulière des individus. Elle peut, chez certains, sous l'influence d'une irritation quelconque, prendre la forme de véritables paroxysmes douloureux sans que, pour cela, elle puisse être considérée comme une manifestation pathologique. A proprement parler, la dentine normalement recouverte par une couche protectrice d'émail n'est pas appelée à supporter le contact et les impressions immédiates des agents extérieurs. La sensibilité acquise se révèle chaque fois qu'une matière quelconque vient toucher la dent; toutefois ce traumatisme atténué par la couche adamantine n'est pas assez brutal pour provoquer une sensation douloureuse; mais pour peu que l'irritation comme celle que produit le froid vienne à se répéter et à se prolonger, la sensibilité de la dentine augmente, s'exalte et finit par ne plus pouvoir supporter les impressions même les plus légères. C'est cette exaltation extrême de la sensibilité qui est l'expression de la surexcitation de l'organe central que nous considérons comme la véritable *hyperesthésie* de la dentine.

Que, par un mécanisme quelconque, une portion de l'émail vienne à se détacher sur un point déterminé et mettre à nu la dentine, les conditions seront tout autres. Les irritants physiques, chimiques et thermiques agissant directement sur les points sensibles provoqueront nécessairement une réaction, d'autant plus active que le tissu est naturellement vivace. Cette sensibilité sera moindre ou même nulle, lorsque la dentine aura subi une altération structurale profonde, dans les cas, par exemple, où ses qualités normales seront modifiées par le progrès de la carie; mais elle augmentera de nouveau à mesure qu'on atteindra les points n'ayant éprouvé que peu ou point d'altération histologique. Dans tous ces cas le phénomène douleur n'est point la conséquence de l'exagération de la sensibilité de la dentine, mais une simple réaction d'un organe vivant contre les irritants directs. Remarquons en outre qu'ici encore le tempérament nerveux, l'irritabilité spéciale de l'individu exercent une influence prépondérante.

L'hyperesthésie vraie de la dentine suppose nécessairement celle de la pulpe, et lorsque celle-ci existe, elle présente des caractères tout

différents de celle de la sensibilité normale. Ce sont ordinairement les phénomènes de la pulpite au début de l'évolution.

On comprend alors la différence des indications thérapeutiques, ainsi que les conséquences que cette confusion de termes peut engendrer. Tandis que, pour diminuer la sensibilité normale de la dentine, on aura recours à des substances caustiques appliquées à la surface sensible, créosote, acide phénique, chlorure de zinc, etc.), la sensibilité morbide ou l'hyperesthésie de la dentine, annonçant une surexcitation de l'organe vasculo-nerveux, exige surtout un traitement anticongestif, calmant, tel que le repos des parties irritées, les révulsifs, etc. ; toute application d'un médicament caustique serait préjudiciable pour la vitalité de l'organe central.

Les formules suivantes peuvent être appliquées avec avantage dans ces cas ; nous en avons toujours obtenu des résultats satisfaisants.

1° Chloroforme........................	2 gr.
Acide tannique........................ }	ââ 0,50 centigr.
Chlorhydrate de cocaïne................ }	
Teinture de benjoin à saturation........	8 gr.

M. Etendre sur la dentine hyperesthésiée et préalablement bien séchée une légère couche et couvrir de gutta-percha.

2° Iodoforme........................ }	ââ 1 gr.
Oxyde de zinc........................ }	
Acétate de morphine..................	0,25 centigr.

Glycérine q. s. pour faire une pâte.

3° Phénate de cocaïne......................	0 gr. 50 centigr.
Gutta-percha........................	1 —
Iodoforme........................	1 —

Chloroforme q. s. pour obtenir un liquide de consistance sirupeuse. Bien sécher la cavité, étendre une couche au fond de la cavité et boucher la dent avec de la pâte de Hill.

OBSERVATION SUR DEUX CAS DE TRANSPLANTATIONS FAITES AVEC DES DENTS SÈCHES

Par M. Choquet, de Toulouse

Communication à la Société d'Odontologie

Séance du 29 décembre 1891.

Le 11 mars 1891, Mlle E. M., 38 ans, originaire de la Haute-Garonne, d'une bonne santé, vient nous trouver pour que nous lui enlevions la grande incisive supérieure gauche qui lui occasionne de temps en temps des abcès assez violents. Nous proposons la transplantation, la malade ne voulant pas entendre parler d'un appareil de prothèse. Après quelques difficultés, notre proposition est acceptée.

Nous procédons à l'extraction de la dent malade, après avoir fait au préalable une piqûre de cocaïne (environ 5 gouttes) à 0,05 centigrammes. Pendant l'opération, la malade ne ressent aucune douleur. Il sort du sang noir mélangé d'un peu de pus. Injections dans l'al-

véole d'eau tiède contenant quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent au 1/50. Obturation de l'alvéole avec un tampon d'amadou.

La dent qui devait servir à remplacer celle extraite était une grande incisive supérieure droite, qui était conservée depuis deux ans dans une boîte avec d'autres dents provenant de l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu de Toulouse. Après avoir complètement gratté le périoste, nous ouvrons l'apex de la racine et nous obturons la cavité ainsi formée avec un petit tampon de gutta-percha.

La racine est alors munie de 3 encoches faites avec une meule de coryndon : une à la partie antérieure et les deux autres sur les faces latérales à environ deux millimètres de hauteur les unes des autres. Nous trempons pendant quelques minutes la dent dans une solution tiède contenant 20 gouttes de nitrate d'argent au 1/100 et, après avoir attaché un fil de soie floche au collet, nous l'introduisons dans l'alvéole. Une douleur assez vive se produit. Des points d'attache sont pris sur les deux dents avoisinantes. Nous faisons un badigeonnage de teinture d'iode et d'aconit que nous recommandons de renouveler toutes les 3 heures, nous prescrivons un bain de pieds le soir.

Le 12, la malade n'a pu dormir un seul instant. Douleur violente et continuelle. Nous faisons prendre un gramme d'antipyrine en deux paquets et nous renvoyons la malade en lui recommandant le repos.

Le 13, la nuit a été assez bonne. Il n'y a eu que quelques légers élancements à de rares intervalles. Iode et aconit.

Le 14, le sommeil a été bon, mais la malade se plaint que les dents qui maintiennent la ligature s'ébranlent et la font plus souffrir que la dent transplantée. La gencive est boursouflée et recouvre complètement la soie floche. L'haleine est forte. Nous faisons rincer la bouche avec une faible solution de permanganate de potasse.

Le 15, rien de particulier.

Le 16, nuit un peu agitée. La gencive est violacée et une partie de la ligature s'est détachée. La dent a légèrement tourné sur son axe. Nous remplaçons la soie floche par une bande de caoutchouc. Il n'y a pas le moindre signe d'adhérence.

Le 17, la nuit a été bonne. L'inflammation disparaît, surtout autour de la dent transplantée.

Le 21, rien de particulier à signaler, sinon que la gencive est presque naturelle.

Le 1er avril, on remarque une très légère tendance à la consolidation.

Le 11, l'appareil de maintien se détache et est de nouveau remplacé. Peu de progrès sous le rapport de l'adhérence.

Le 28, état stationnaire. Pas d'amélioration.

Le 2 mai, la dent commence à prendre un peu plus. L'appareil est retiré.

Le 9, grande amélioration. Presque pas de douleur en fermant les mâchoires.

Le 15, l'amélioration continue.

Le 20, la malade commence à couper de la mie de pain.

Le 30, la consolidation est complète. On ne fait pas de différence d'avec les dents voisines comme solidité. Prise de l'empreinte au plâtre.

Le 16 juillet, la malade revient nous voir pour une première petite molaire supérieure droite dont elle souffre beaucoup et qu'elle nous prie de remplacer comme nous avons fait pour la grande incisive. Nous voulions d'abord utiliser une première petite molaire du même côté, que nous avions extraite deux mois auparavant à une jeune fille de 15 ans pour régulariser l'arrangement des dents, mais, au moment de faire la transplantation, nous nous aperçûmes que la dent était beaucoup trop large et ne pouvait servir. Nous prîmes alors une petite molaire inférieure. L'insensibilisation fut faite avec le chlorure d'éthyle, dont nous employâmes environ 1/4 de tube. Pas de douleur pendant l'extraction. Les deux racines sont bien marquées et légèrement divergentes.

Avec une fraise ronde, nous enlevons la lamelle osseuse qui se trouvait dans l'avéole entre les racines de la dent extraite, nous injectons de l'eau tiède contenant quelques gouttes de nitrate d'argent au 1/50 et nous plaçons la dent, après lui avoir fait subir la même préparation qu'à la grande incisive.

La malade s'étant rincé la bouche avec de l'eau un peu trop tiède, nous nous apercevons alors que la gencive devient absolument noire. Craignant d'avoir occaionné un commencement de gangrène par suite de l'application du chlorure d'éthyle et de l'eau chaude, nous faisons alors de légères frictions (assez douloureuses) avec de l'alcool à 65 degrés et nous renvoyons la malade.

Le 17, la nuit, à l'encontre de la première opération, a été bonne.

Le 18, la ligature irrite beaucoup la gencive. Nous proposons alors de la supprimer et de laisser la dent telle quelle, l'articulation favorisant le maintien en place de la dent transplantée.

Le 19, l'inflammation disparait rapidement. Aucun élancement, badigeonnage d'iode et aconit et chlorate de potasse comprimé en pastilles.

Le 20, l'inflammation est complètement disparue.

Le 24, la malade s'absente pour 15 jours.

Le 8 août, nous revoyons la malade, qui nous dit qu'elle n'a pas du tout souffert. La gencive est très saine, mais la dent remue beaucoup et semble ne prendre que très difficilement.

Le 13, nouvelle visite. La consolidation commence à se dessiner.

Le 20, amélioration sensible. La malade se sert un peu de sa dent.

Le 1er septembre, prise de l'empreinte avec de la cire molle. Il existe encore un peu d'ébranlement et la gencive n'adhère pas à la partie postérieure du collet de la dent, ainsi qu'on peut s'en assurer sur le modèle.

Voici un mois que l'empreinte a été prise et la malade se sert couramment de sa dent, qui cependant, remue encore un peu. Elle se plaint seulement que la gencive saigne facilement.

Un étudiant de 3e année de l'Ecole, de passage à Toulouse, a vu ces deux cas et pourra vous donner tous les renseignements à ce sujet.

Les cas de transplantation ne sont pas rares, il est vrai, mais vu l'âge du sujet, nous avons cru intéressant de vous en donner connaissance, en vous priant de vouloir bien accepter pour le musée de l'Ecole les deux modèles qui sont joints à cette observation.

ABSENCE CONGÉNITALE DE PLUSIEURS SÉRIES DE DENTS

Observation présentée
à la Société d'Odontologie par M. Francis Jean.
(*Séance du 24 décembre 1891.*)

Mlle X, 13 ans, santé excellente, antérieurement n'a jamais été malade, n'a jamais eu de dents temporaires et ne possède actuellement que six dents indemnes de caries.

Les gencives dépourvues de toute nodosité ne laissent point espérer d'éruption ultérieure.

Les quatre grosses molaires firent leur apparition entre six et sept ans ; elles sont anormales par la forme des *couronnes* qui présentent une augmentation de cuspides.

Les deux canines qui siègent régulièrement au maxillaire supérieur ont apparu à dix ans ; elles sont également irrégulières dans leur forme, qui affecte celle des dents temporaires, avec cette différence qu'elles sont un peu plus coniques.

Le système pileux de ce sujet est tout à fait normal.

Cette enfant est née de parents sains et robustes, ne possédant aucune anomalie dentaire par le nombre. Leur système pileux est également normal.

Nous ne nous permettrons pas de traiter la tératogénie de cette anomalie.

Toutefois, dans l'espèce, en constatant l'absence des dents temporaires, nous remarquons que la formation des dents permanentes n'est pas absolument subordonnée aux dents de lait, quoique cette formation soit due normalement à un prolongement de leur cordon épithélial.

L'analogie dans l'origine des dents et des poils a permis aux auteurs de faire certaines déductions ; ainsi chez l'homme on a cru que l'abondance des poils pouvait causer un préjudice au nombre des dents ; par exemple, l'homme chien, que bien d'entre nous ont vu, possédait un nombre de dents incomplet.

Néanmoins on a vu des sujets posséder un système pileux anormal et leur système dentaire présenter le même phénomène ; les auteurs mentionnent tous ces cas.

Ils citent également des individus très velus possédant des dents surnuméraires en quantité notable ; et, par contre, des sujets atteints de calvitie congénitale et édentés congénitalement.

L'étude de ces observations ne nous permet pas de considérer les anomalies des poils et des dents simultanément comme des faits connexes.

La prothèse, cela va sans dire, remédie aisément à ces défectuosités.

DU RODAGE SUPERFICIEL DES SURFACES D'ARTICULATION DANS CERTAINS CAS D'OBTURATION DENTAIRE

Par M. Ch. L. Quincerot

Communication faite à la Société d'Odontologie.

Séance du 8 mars 1892.

Ce que je vais avoir l'honneur de vous communiquer ce soir pourra vous sembler tout d'abord d'une importance relative, mais je suis certain d'avance que vous ne tarderez pas à vous convaincre que le sujet que je vais traiter n'est pas tout à fait dénué d'intérêt, et c'est du reste pour cela qu'il m'a semblé opportun de le soumettre à votre haute appréciation.

Je veux parler de certaines dents où la carie a détruit la *dentine* dans sa partie *immédiatement sous-jacente à l'émail qui constitue la face triturante de la couronne dentaire*. La carie peut avoir son point d'accès ou de pénétration sur une des faces quelconques de la couronne, elle peut être plus ou moins étendue, c'est-à-dire n'offrir qu'une petite cavité située immédiatement au-dessous de l'émail constituant la face cuspidée ou bien intéresser la dentine sur une plus grande étendue, laissant seul subsister l'émail, qui semble avoir à ce moment l'épaisseur et la fragilité d'une coquille d'œuf (l'expression a été consacrée).

Alors, si l'on obture une dent dans ce cas, que résulte-t-il? L'émail se trouve directement en contact avec la substance obturatrice, de sorte qu'il va être entre l'enclume et le marteau, et un beau jour, vous voyez votre patient venir avec la pièce à conviction enveloppée très soigneusement dans un petit morceau de papier et vous dire, (comme si cela était de votre faute) : « Ma dent s'est cassée en mangeant de la soupe. » Ce qui est une erreur grave, puisque la fracture aura eu lieu bien avant et, chose à remarquer, c'est que, pour nous, la fracture ne se fait pas pendant la mastication, (à moins par exemple de broyer avec ses dents des noix, des bonbons trop durs, etc. Accidentellement aussi il peut se trouver de petits os dans le bol alimentaire qui concourront également à faire éclater l'émail, avec chute immédiate du fragment). Mais ce sont là des exceptions, car, la fracture ou plutôt la fêlure se produit dans la majorité des cas bien avant la chute du fragment et pendant l'occlusion des mâchoires, lorsqu'elles s'entrechoquent à l'état de repos, c'est-à-dire, en dehors de l'acte de la mastication.

Ce phénomène peut-être rapproché de celui qui se passe lorsqu'on fait partir un chien de fusil en l'absence de capsule : bien souvent celui-ci se fêle ou se rompt net. Ceci par analogie, bien entendu, mais soyez en bien persuadés, il en est de même en mécanique animale.

Or donc, chaque fois que l'on se trouve en présence d'un cas semblable, nous croyons bon — ce que nous faisons maintenant dès que l'occasion se présente — de diminuer insensiblement la surface d'articulation en agissant principalement sur les tubercules trop sail-

lants, de façon à éviter le contact trop intime et le choc direct de la dent malade avec son ou ses antagonistes. Quelquefois même il sera bon d'opérer en même temps sur cette dernière (dent antagoniste), et peut-être aussi, dans certains cas, de préférence à la dent malade.

Il va de soi que c'est au praticien qu'il appartient de discerner la façon dont il doit opérer, selon le cas.

Je passe sous silence intentionnellement le *modus operandi* du rodage, qui est celui employé journellement pour user, et qui s'exécute avec des meules, des pointes d'émeri, etc.

Toutefois, pour être aussi complet que possible, j'ajouterai : 1° que l'émail est souvent fendillé, craquelé, avant même que le praticien ait touché à l'organe, ce qui en favorise nécessairement la rupture à un moment donné; 2° que ces sortes de fractures s'observent plutôt dans les cas où les cavités ont été obturées avec des substances métalliques que lorsqu'elles l'ont été avec des ciments.

De plus je ferai remarquer que la théorie vous dit d'abattre les bords, les parties fragiles, si vous en avez, mais que la pratique et surtout le patient s'y opposent.

C'est donc dans cette situation embarrassante que je propose le rodage comme palliatif.

Encore une remarque avant de terminer. Je n'ai pas fait entrer en ligne de compte la doctrine de la décalcification de l'émail, qui n'a rien à voir avec le sujet de ma communication, laquelle vise essentiellement le cas de fracture mécanique et le moyen de la prévenir.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance extraordinaire du mardi 29 décembre 1891.

Présidence de M. Gillard président.

La séance est ouverte à 9 heures 10 minutes.

M. Löwenthal, secrétaire général, donne lecture du procès-verbal de la dernière réunion, qui est adopté sans observation.

I. — Cas de fistule dentaire compliquée de tumeur du périoste, observation présentée par M. Bonnard

M. Gillard. — L'ordre du jour ne mentionne pas une communication que je vous demande la permission de faire passer immédiatement, parce que le malade doit vous être présenté, et, comme il est ici, il importerait de ne pas le faire attendre. Il s'agit d'une fistule dentaire observée par M. Bonnard.

M. Bonnard. — Je vous demande pardon d'intervertir votre ordre du jour, mais j'ai cru intéressant de vous montrer une fistule dentaire qui s'est ouverte à la partie interne de la joue et est d'origine absolument dentaire. (Il donne lecture d'une communication sur ce sujet, insérée aux *Travaux originaux*, n° de janvier, et présente le malade.)

DISCUSSION

M. Bonnet. — Y avait-il une dent à côté?

M. Bonnard. — Oui, les dents étaient très serrées.

M. Ronnet. — La dent avait-elle le même aspect que les autres?

M. Bonnard. — Elle était un peu plus grise et on pouvait hésiter en présence des divers diagnostics émis.

M. Ronnet. — Je félicite M. Bonnard d'avoir trouvé le véritable, mais j'insiste sur le rôle de la couleur à cet égard, qui a été indiqué par M. Poinsot. Un individu vint à la clinique avec un abcès assez grave dont nous ne pouvions pas obtenir de résultat, quand je remarquai un changement de couleur qui me fit conclure à l'extraction : celle-ci eut d'heureux effets et les accidents cessèrent. Dans le cas présent tous les accidents dont se plaint le sujet ont eu pour cause une tumeur du périoste. Il faut donc bien faire attention, et, quand on rencontre une altération de teinte avec un son mat conclure à l'avulsion.

A quelle époque remonte l'extraction?

M. Bonnard. — A 5 jours.

M. Viau. — A l'appui du judicieux diagnostic de M. Bonnard je ferai observer qu'il n'est pas aussi facile de s'en rapporter à la décoloration quand il s'agit d'une grosse molaire. Il est évident que, lorsqu'il y a mortification de la pulpe, il se produit, dans les canalicules de l'ivoire, une extravasion sanguine, et je me souviens, à cet égard, d'avoir présenté une petite molaire qui avait atteint la couleur rouge brique ; mais, pour les grosses molaires, cette extravasion n'a pas d'effet aussi caractéristique et j'avoue avoir été embarrassé dans des cas analogues.

M. Bonnard. — C'est le son qui m'a guidé.

M. Meng. — J'ai rarement vu des fistules en dehors des cas où on a employé des cataplasmes.

M. Gillard. — La fistule existait ici avant les cataplasmes.

M. Meng. — J'ai cru comprendre qu'on avait commencé par ceux-ci.

M. Bonnard. — Il n'en est pas ainsi.

M. Touchard. — En fait, on peut souvent invoquer les cataplasmes comme cause de fistule.

M. Francis Jean. — Cependant les fistules cutanées ne sont pas dues aux cataplasmes.

M. Roy. — Il est certain que nombre de fistules cutanées ne se produisent à l'extérieur que par le manque d intervention du dentiste.

M. Gillard. — Pour nous, le plus grand enseignement à tirer de l'observation de M. Bonnard, c'est que, en médecine, on connaît encore très peu la fistule dentaire et ce n'est que quand deux médecins eurent, dans son cas, diagnostiqué le mal qu'on se décida à recourir au dentiste; tandis que, si le malade était tombé immédiatement entre les mains d'un confrère, le traitement était relativement facile.

II. — ACTION SEPTIQUE DU TARTRE DANS LA PRODUCTION DE LA GINGIVITE PAR M. VIAU

M. Viau. — Je me trouve empêché de vous lire cette communication pour la raison que voici : j'avais envoyé mon manuscrit pour qu'on l'insérât au journal dans le numéro de décembre, mais il paraît que manuscrit et épreuves se sont perdus à la poste, de sorte que je

n'ai rien entre les mains; un duplicata est, il est vrai, chez M. Dubois, mais je n'ai pu me le procurer pour ce soir.

III. — Présentation d'un cautère avec injecteur a air chaud, par M. Paulme

M. Paulme donne lecture d'une communication sur ce sujet, insérée aux *Travaux originaux*, n° de janvier, et présente l'instrument.

DISCUSSION

M. Gillard. — Cet appareil, comme injecteur à air chaud, est peut-être le plus simple que nous ayons eu : les injecteurs électriques exigent, en effet, des batteries électriques, et l'injecteur Brasseur nécessitait deux tubes : un pour l'air et un pour le gaz. Celui-ci, au contraire, est très pratique.

IV. — Présentation d'un davier a courbure spéciale (mors parallèles, par M. Quincerot

M. Quincerot. — Ce davier n'est pas une innovation, c'est une simple modification du davier baïonnette, que j'ai conçue pour prendre les dents dans le sens vertical.

DISCUSSION

M. Francis Jean. — En quoi consiste le parallélisme? C'est ordinairement le rapprochement égal des deux branches de la base au sommet.

M. Quincerot. — A vrai dire, ce n'est pas un parallélisme.

M. Roy. — En somme, les mors ne sont pas parallèles, mais si la racine est moyenne, ils le deviennent.

M. Viau. — Evidemment, avec la disposition du davier de M. Poinsot, un instrument établit le parallélisme, car la charnière étant dans la partie médiane, nous avons plus de parallélisme.

M. Meng. — Le parallélisme des mors dépend de la façon dont le davier est placé.

M. Quincerot. — Mon davier tient la racine partout.

M. Ronnet. — Il donne certainement plus de parallélisme.

M. Gillard. — M. Quincerot a raison en disant que les mors de son davier sont parallèles, car les petites branches ne font pas suite aux grandes, et ces petits mors placés sur un plan perpendiculaire en un seul point s'écartent d'une façon parallèle.

M. Ronnet. — Nos daviers ordinaires ont déjà un commencement de parallélisme.

M. Quincerot. — J'ai cherché à rapprocher les branches.

M. Meng. — Ouvrez complètement ou fermez complètement et vous remarquerez le parallélisme.

M. Francis Jean. — Quoi qu'il en soit, les manches de ce davier sont très pratiques, ne sont ni trop encombrants ni trop petits et c'est là un point capital.

M. Barrié. — Je crois ce davier appelé à rendre des services dans certains cas.

M. Ronnet. — J'ai horreur de toutes les baïonnettes possibles, car plus l'opérateur a les mains près de l'endroit où il veut opérer, mieux cela vaut. Pour apprécier ce davier, je demande d'abord à m'en servir.

M. Gillard. — Vous en aurez la possibilité, car M. Quincerot a l'amabilité de faire hommage de son davier à la clinique de l'Ecole, ce dont je le remercie, au nom de la Société.

V. — Un cas de transplantation, par M. Mendel Josef

M. Josef, donne lecture d'une communication sur ce sujet (insérée aux *Travaux originaux,* n° de janvier).

DISCUSSION

M. Barrié. — Comment le massage se pratique-t-il ?

M. Josef. — Selon la direction des vaisseaux lymphatiques.

M. Barrié. — Dure-t-il longtemps ?

M. Josef. — Cinq minutes. D'après M. Hartmann l'exsudat est résorbé, tandis que, pour moi, le massage n'est qu'un moyen d'exagération des fonctions naturelles. Toutefois je ne vois aucun inconvénient à ce qu'on masse dans le sens indiqué par M. Hartmann.

M. Ronnet. — M. Josef a raison de vous dire cela, car il faut considérer deux sujets : l'un vigoureux, l'autre lymphatique, et il faut pouvoir donner de la vigueur à ce dernier. Maintenant si M. Josef a éprouvé des ennuis avec cette malade inquiète de sa dent, il pouvait recourir au massage, car c'était le cas. En règle, quand il y a absence de douleur dans une transplantation, on court au-devant d'un échec et, comme le fait observer avec justesse M. Josef, chez les sujets sanguins l'activité est si grande que la souffrance est plus forte et qu'il ne faut pas s'en préoccuper.

M. Josef. — On ne doit pas s'étonner de la périostite qui survient immédiatement, mais, dans mon cas, il s'est produit trois semaines après quelque chose de plus alarmant que je ne pensais, seulement une suractivité passagère a favorisé la consolidation.

M. Ronnet. — Ce qui importe, c'est que nos confrères ne se préoccupent pas outre mesure. Eh bien, il y a dix ans, j'ai fait une transplantation à une dame ; elle revint au bout de quelque temps avec une figure épouvantable. Comme je ne connaissais pas le massage, je procédai à des scarifications, je n'eus pas de poussée inflammatoire et tout alla très bien. J'ai souffert également pour ma part dans un cas analogue.

M. Roy. — Le massage a pour but d'activer les échanges organiques et, en le faisant dans le sens des vaisseaux lymphathiques, on contribue à ces échanges. D'ailleurs, qu'on le veuille ou non, on le fait toujours dans le sens de ces vaisseaux.

M. Viau. — L'observation de M. Josef est très importante, car nous avons affaire à un public pressé d'obtenir un résultat, et c'est une grande désillusion que d'avoir une issue comme celle qu'a citée M. Josef. Il en ressort surtout que le massage n'a pas pour but de décongestionner, ainsi que tendait à le faire supposer la communication de M. Hartmann. Une région congestionnée ne doit pas être massée, au contraire, il faudrait intervenir par des révulsifs.

M. Josef. — Dans les accès de congestion j'ai vu comment il faut procéder.

M. Barrié. — Récemment une transplantation m'a donné des ennuis : je n'ai pas eu de réaction inflammatoire, j'ai pris beaucoup de

précautions et ma dent est tombée. Je demanderai donc à M. Meng, qui pratique beaucoup la transplantation, s'il a eu souvent des périodes inflammatoires.

M. Meng. — Je n'ai fait qu'une seule transplantation, dans un alvéole plein de pus. Dans les cas ordinaires où l'on prend beaucoup de précautions, le périoste empêche les liquides de s'écouler et, par suite, la consolidation, car, dans la transplantation aussi bien que dans l'implantation, c'est une soudure mécanique qui se fait.

M. Ronnet. — Un de nos confrères, M. Cunningham, a fait des implantations à un ancien élève de l'Ecole et ce fut un gros insuccès. En face de l'affirmation de M. Meng, qui prétend n'avoir jamais eu que des succès, je suis quelque peu incrédule.

M. Gillard. — Je remercie, au nom de la Société, M. Josef, de sa communication travaillée et je souhaiterais que toutes celles qu'on nous présentent le fussent autant. Maintenant je prierai M. Meng, qui a la main heureuse pour les implantations, de bien vouloir nous en faire une à la clinique.

M. Meng. — La dernière fois j'ai paru bizarre en vous demandant le poids d'une feuille de métal très mince parce qu'on ne peut pas les passer au calibre. Cependant j'étais sûr de mon fait et, j'ai profité d'un voyage à Lyon pour me renseigner à cet égard chez un batteur d'or de mes amis, qui m'a appris des choses intéressantes. C'est ainsi que pour le fil de métal on compte par kilomètres au kilogramme et que pour les feuilles on compte au poids. Voici un échantillon de fil d'argent qui a 100 kilom. au kilog. C'est à l'aide de filières de diamant percées au milieu qu'on obtient ces fils si ténus ; on emploie une aiguille à laquelle le diamant est présenté ; un mouvement de va et vient permet de percer celui-ci avec de la poussière. Le fil, une fois tourné, entre dans un bain d'or et se dore immédiatement. Les lingots dont on se sert sont gros comme des bâtons de chaise.

VI. — Absence congénitale de plusieurs séries dentaires, par M. Francis Jean

M. Francis Jean, donne lecture d'une communication sur ce sujet (insérée aux *Travaux originaux*) et présente le moulage. Il ajoute : « M. Magitot prétend que, chez les édentés, quand il y a absence de dents de lait, on ne voit jamais apparaître de dents permanentes : ceci prouve le contraire ; mais la prothèse remédie aisément à ces difficultés. »

DISCUSSION

M. Viau. — Je connais deux cas semblables et j'ai remarqué un système pileux très incomplet ; je voudrais ausi demander des renseignements sur les ongles du sujet.

M. Francis Jean. — Je n'ai pas examiné ceux-ci.

M. Roy. — Ce que dit M. Magitot est assez judicieux, car les dents permanentes sont formées aux dépens des dents temporaires.

M. Gillard. — Je ferai observer en terminant que la séance d'aujourd'hui est une réunion extraordinaire qui devait avoir lieu mard dernier et n'a été remise qu'à cause du Conseil de direction qui s'as-

semblait ce jour là. Nous aurons donc la séance le premier mardi de janvier.

L'assemblée se sépare à 10 heures trois quarts.

Le secrétaire général,
Ed. Löwenthal.

Séance du mardi 9 *février* 1892.

Présidence de M. Gillard, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. Löwenthal, secrétaire général, donne lecture du procès-verbal de la réunion du 19 janvier.

M. Gillard. — Je regrette de ne pas avoir assisté à cette réunion à cause de la communication de M. Viau. On a, en effet, traité de *mauvais néologisme* l'expression *arthrite dentaire.* Il est fâcheux que ce néologisme soit regardé comme mauvais, car le périoste dentaire n'est pas un périoste et l'implantation de la dent dans l'alvéole n'est qu'une simple articulation. C'est donc avec raison qu'on emploie le mot *arthrite* quand il y a inflammation ou suppuration.

M. Deschaux. — C'est moi qui ai fait l'observation, et j'appelle cela une *gomphoite.*

M. Gillard. — Dès lors que le ligament articulaire est enflammé, c'est une arthrite.

Le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

M. Gillard. — Il s'est glissé dans notre lettre de convocation une erreur regrettable : on avait omis de mentionner à l'ordre du jour les élections qui doivent avoir lieu aujourd'hui pour le renouvellement du bureau. On a donc lancé une deuxième lettre qui, de son côté, contient deux erreurs : elle place les élections après le rapport du secrétaire général, tandis qu'elles doivent avoir lieu à la fin, et elle attribue à M. Chardin la présentation d'un crachoir hygiénique dû à M. Antoine. Je vous demanderai, en conséquence, d'entendre d'abord les diverses communications signalées.

I. — Démonstration du galvano-cautère dans ses emplois pour la lumière exploratrice et les cautérisations, par M. Chardin

M. Chardin. — Il y a quelques années j'ai eu l'honneur de présenter à cette Société des appareils électriques et j'ai été accueilli avec indifférence ; mais je ne m'en suis pas formalisé puisque c'était une nouveauté et j'ai pensé qu'il fallait attendre que votre opinion se modifiât. Par la suite, j'ai eu l'occasion d'en montrer à quelques confrères qui, cette fois, me reprochèrent de ne pas me faire voir assez souvent : c'est ce qui m'a décidé à vous demander de vouloir bien m'entendre de nouveau.

Les deux appareils que je place devant vos yeux satisfont à tous vos desiderata : l'un est un appareil d'induction, qui rend des services pour les névralgies dentaires. La pile est toujours prête à l'action et ne réclame pas de manipulation. Il se compose d'une bobine avec des bornes et des fils.

L'autre est un galvano-cautère permettant d'examiner les orga-

nes qui vous intéressent et de produire les effets nécessaires, car la graduation est très simple. Le liquide est mis en mouvement par une simple pression d'air, produite par la bouche, une poire en caoutchouc, etc. ; le principe permet au liquide d'occuper la partie inférieure du vase, divisé en deux compartiments par un plancher en porcelaine, percé au centre d'un trou. Les éléments zincs et charbons occupent le dessus de ce plancher. Quand on agit sur le liquide, celui-ci monte vers les éléments et les immerge à la volonté de l'opérateur. La constance d'un niveau convenable s'obtient par le simple jeu d'un robinet de la poire ; le retour du liquide dans son compartiment étanche s'obtient par l'ouverture de ce même robinet ; ainsi se fait une manipulation de bichromate, relativement considérable, sans aucune difficulté. Aussitôt le liquide monté, je ferme le robinet et l'effet se manifeste pendant une heure et demie environ, durée de la pile. La lampe ne dépense presque pas.

DISCUSSION

M. Gillard. — Cette nouvelle pile est la plus simple de toutes celles qu'on nous a présentées : elle supprime le rhéostat, et permet de prendre la quantité ou la tension, au choix. Quant à la bobine d'induction, elle est très perfectionnée, aussi est-elle très pratique ; elle donne des secousses séparées et une tremblerie très rapprochée ; on doit donc employer des vibrations très vives.

M. Touchard. — Il est évident que je ne puis pas me prononcer sur la qualité de la pile de M. Chardin, puisque je n'ai pas eu occasion de m'en servir, mais je sais, comme vous le savez tous, que celle au bichromate de potasse a besoin d'être chargée à chaque instant, ce qui est un inconvénient sérieux. Aussi mon désir est-il d'appeler simplement votre attention sur l'emploi des piles électriques en thérapeutique dentaire.

Chaque fois que vous vous trouvez en présence d'une pulpite aiguë, on vous recommande des badigeonnages à l'iode. Eh bien, je considère ce moyen comme nul, tandis que j'ai employé avec avantage la cautérisation, quoi qu'il semble qu'on ne conseille les pointes de feu, l'ignipuncture, que quand les autres moyens n'ont pas réussi. Au bout d'une heure le patient déclare pourtant ne pas souffrir. Je ne saurais donc mieux faire que de recommander à chaque dentiste, afin de recourir souvent à ce procédé, d'avoir une pile chez lui.

M. Chardin. — Je contaste que M. Touchard est tout à fait de mon avis. Je ne suis donc pas surpris des nombreuses commandes que j'ai reçues depuis deux ans.

M. Gillard. — Tout le monde est d'accord sur l'utilité des appareils électriques, mais la difficulté réside dans la source de l'électricité.

M. Chardin. — Si, dans un cabinet, vous utilisez peu un appareil de ce genre, vous serez obligés tous les 15 jours de changer le liquide, ce qui sera un ennui ; si, au contraire, vous vous en servez tous les jours, ce remplacement ne sera plus rien.

J'ajoute, d'ailleurs, que je reprends les accumulateurs tous les 2 ou 3 mois pour les charger, dès que je suis prévenu.

II. — Nouveau crachoir hygiénique, par M. Antoine

M. Antoine. — Je vous présente un nouveau crachoir hygiénique construit d'après les indications de M. le professeur Binsot.

Ce crachoir se distingue de ses devanciers par une construction particulière assurant l'aseptie et permettant l'antiseptie; à l'extérieur rien ne semble le distinguer, il est en métal nickelé, d'une forme agréable et appropriée.

Cependant, la partie supérieure peut se séparer de sa partie inférieure; en effet ces deux parties sont réunies entre elles par un système de mon invention, qui permet le nettoyage rapide autant de fois qu'il en est besoin.

Au centre du crachoir est placé un récipient en cristal qui retient les liquides en empêchant d'altérer le métal. Cette innovation permet le nettoyage le plus complet, ce qui n'était pas possible avec les crachoirs métalliques; ainsi se trouvent supprimées les mauvaises odeurs si préjudiables à la santé des praticiens et si désagréables pour les malades qui s'en servaient.

DISCUSSION

M. Gillard. — Le crachoir que nous soumet M. Antoine diffère des nôtres qui ne s'ouvrent qu'à la partie étroite, tandis que celui-là contient un réservoir en verre qui se nettoie plus facilement.

M. Touchard. — Je viens de lire qu'un professeur de la Faculté de médecine de Lyon recommande la désinfection des crachoirs par l'eau bouillante.

M. Deschaux. — L'eau bouillante cassera le verre.

M. Touchard. — Non, si l'on a soin auparavant de soumettre celui-ci à l'action de la buée.

M. Francis Jean. — On pourra se servir du sublimé, qui est le stérilisant par excellence, tandis que l'usage de ce produit détériore nos crachoirs métalliques et par ce fait en empêche l'emploi.

M. Gillard. — La fermeture est beaucoup plus solide puisqu'il y a 3 taquets et une rainure, tandis que les notres n'ont que 2 taquets, et souvent ils se désoudent.

III. — Renouvellement du bureau

M. Gillard. — En vertu de l'art. XII du règlement de la Société nous avons ce soir à procéder à la nomination du bureau pour 1892.

Nous sommes ici une Société scientifique, la politique ne doit pas venir nous troubler. J'espère donc que ces murs, encore frémissants d'un orage récent, n'auront point à trembler ce soir au bruit de nos discussions.

Pourtant, avant de quitter cette place, je crois de mon devoir de protester hautement, au nom de la Société elle-même, contre des attaques en l'air lancées dans un factum maladroit qui a vu le jour à propos des dernières élections de l'Association.

Nous y voyons: « Dans la *Société d'odontologie* l'année 1891 a apporté des changements de personnes mais aucune activité aucun progrès. » Le rapport de M. le secrétaire général, dont vous allez entendre la lecture, vous fera voir, je l'espère, ce que vaut cette accusation au fond.

Quant à sa forme, permettez-moi de vous montrer clairement ce

qui en ressort : il n'est pas besoin d'avoir fait des études psychologues bien avancées pour savoir que ce qui frappe le plus l'individu se présente toujours de prime abord à son esprit et se trouve en avant lorsque la pensée est traduite par une phrase.

D'après ce principe nous voyons donc que les auteurs et les signataires (il faut, je crois, bien distinguer) ont surtout à cœur les changements de personnes. Ces changements leur ont, sans doute, été peu agréables, mais la prétendue non activité, l'absence de progrès ne viennent qu'en second lieu ; ce qui fait ressortir clairement que les véritables intérêts en jeu ne sont pas ceux de la Société.

J'ai dit *factum maladroit* car, je crois, que le but visé n'a pas été atteint.

J'ai dit *attaques en l'air*, car parmi ceux qui les ont signées il n'en est pas deux qui aient assisté à nos séances. Là, comme toujours, ce sont ceux qui ne font rien qui critiquent les autres.

Nous avons la prétention d'avoir fait quelque chose ; sans doute notre année eut été plus fructueuse si nous n'avions pas été systématiquement privés de la présence, des lumières et des travaux de quelques-uns de nos habiles confrères.

D'aucuns dans l'origine se sont fait excuser pour cause d'indisposition ; nous devons déplorer pour eux comme pour nous que cette indisposition ait été d'aussi longue durée.

Je dois cependant avouer que le reproche d'inactivité est fondé en ce qui touche la correspondance. Je n'ai reçu dans le cours de l'année que *trois* lettres, et de Paris encore ! Il me souvient que, les autres années, les envois de province étaient assez nombreux. On se figure pourtant difficilement que, même indisposés par « *les changements de personnes* », les membres de province se soient tous entendus pour faire grève. A quoi donc imputer cette absence de correspondance ? Je ne tenterai pas de le rechercher et me contenterai de dire ce que l'on dit en pareille circonstance : « Le service des postes est si mal fait ! »

En terminant, Messieurs, au nom de tout le bureau, je vous remercie de la bienveillance que vous nous avez témoignée au cours de l'année, vous nous avez rendu la tâche facile. Nous croyons avoir fait tout ce que nous pouvions ; aussi aucun de nous ne pensera à prendre comme un blâme de votre part sa non réélection.

Pour moi personnellement je vous serais même très obligé de vouloir bien encore faire « *un changement de personne* ».

Avant de passer au vote je donne la parole à M. le Secrétaire général pour la lecture de son rapport.

IV. — Rapport annuel du secrétaire général, par M. Löwenthal

M. Löwenthal donne lecture de ce document (inséré d'autre part.)

V. — Elections

M. Gillard. — Le scrutin est ouvert pour l'élection d'un président, de deux vice-présidents, d'un secrétaire général et de deux secrétaires des séances. — M. Löwenthal secrétaire-général sortant, prie ses collègues de ne pas le renommer à ce poste, tout son temps étant pris par d'autres occupations. La candidature est offerte à M. Francis Jean qui l'accepte.

Il est procédé au scrutin, qui donne les résultats suivants :

Votants.............................. 40
Majorité absolue...................... 21

Ont obtenu, pour la présidence :

M. Gillard......................... 37 voix

Pour la vice-présidence :

MM. Viau........................... 36 —
Gravollet....................... 35 —

Pour le secrétariat général :

M. Francis Jean.................... 38 —

Pour le secrétariat des séances :

MM. Barrié......................... 27 —
D'Argent........................ 24 —

Pour les divers postes :

MM. Paulme......................... 10 voix
Touchard........................ 8 —
Löwenthal....................... 6 —
Lemerle......................... 5 —
Pigis........................... 4 —
Bonnard......................... 2 —
Dubois.......................... 1 —
Horay........................... 1 —
Ronnet.......................... 1 —

Un bulletin blanc.

M. Gillard. — En conséquence de ces votes, M. Gillard est élu président de la *Société d'odontologie* pour l'année 1892, MM. Viau et Gravollet sont élus vice-présidents, M. Francis Jean, secrétaire général, MM. Barrié et d'Argent secrétaires des séances.

La séance est levée à 10 heures et demie.

Le Secrétaire général,
Ed. Löwenthal.

Compte rendu général annuel. — Année 1891.

Par M. Ed. Löwenthal, secrétaire général.

Messieurs,

Je vais, suivant l'usage, vous entretenir des travaux accomplis par la Société d'Odontologie durant l'année qui vient de s'écouler.

Lorsque vous me fîtes l'honneur de me confier le poste de secrétaire général, je fus effrayé de la tâche qui m'incombait, non point tant par la somme de travail que l'emploi comportait, mais à cause du périlleux honneur que j'avais l'outrecuidance d'accepter, sachant à quelles personnalités je succédais. Je veux parler de MM. *Blocman* et *Papot*, mes si sympathiques et distingués prédécesseurs, dont la haute compétence et le savoir profond sont connus et appréciés de tous.

C'est justement ce qui rend la mission que j'accomplis en ce moment, la dernière de l'année, plus pénible et plus difficile à elle seule que toutes les autres ensemble, car ma parole sans prestige et mon inexpérience ne pourront vous faire oublier les grandes qualités de ces maîtres que je remplace avec si peu d'autorité.

J'espère que l'aveu de ma faiblesse me fera mériter votre indulgence.

Les communications et les divers travaux présentés à la Société d'Odontologie ont été, cette année, aussi intéressants que les années précédentes et si la qualité n'y est pas inférieure, on n'en peut dire autant quant à la quantité.

La période agitée que nous avons traversée a empêché les esprits surexcités de se livrer aux questions scientifiques qui exigent le calme et la réflexion. De même, les questions de liberté et de réglementation, en un mot la politique professionnelle, a fait du tort à la science. Il y a incompatibilité d'humeur entre ces idées si différentes. Et cependant, il pourrait n'en être pas ainsi.

Est-il admissible que des esprits éclairés n'aient pas compris que leur abstention systématique était préjudiciable, je ne dirai pas à la science, que rien ne peut entraver, mais à eux-mêmes, à leurs principes, à leur réputation, qu'elle était un amoindrissement de leur caractère, un rapetissement de leur individualité ?

Si, dans un rapport annuel, qui ne devrait contenir que des paroles de paix, la constatation des progrès réalisés dans l'année et l'espoir des progrès à venir, vous trouvez la place envahie par la discussion et la polémique, il faut vous en prendre à ceux auxquels je fais allusion plus haut, car ils ont affiché d'une façon ostensible le dédain d'une Société qu'ils fréquentaient assidûment les années précédentes et dont ils étaient les meilleurs collaborateurs.

Je ne veux pas insister davantage sur ce sujet ; ces questions ne devraient jamais être traitées dans une société comme la nôtre, car elles ne peuvent avoir pour résultat auprès du public que d'en montrer les membres quels qu'ils soient, coupables ou non, sous un jour défavorable.

Il était néanmoins nécessaire d'en parler, tout en regrettant de le faire, pour répondre à certaines paroles et à certains écrits malveillants.

Ceci dit, passons en revue les travaux de l'année :

Au mois de février.

Conférence de M. le Dr de la Jarrige sur les cavités nasales, ses rapports anatomiques, physiologiques et pathologiques avec les dents et la cavité buccale.

Séance du 3 mars.

1° Présentation d'un travail à pont par M. Heidé;

2° Présentation de divers dons offerts au musée de l'Ecole par M. Choquet fils;

3° Présentation d'une seringue à injection par M. Lecaudey ;

4° Pièce à pont. Dents Logan avec nouveau système de soudure pour la porcelaine, par M. Loup ;

5° Nouvelle matrice pour poser la digue sur les racines au-dessous de la gencive, par M. Loup ;

6° Présentation de racines par M. Gillard.

Séance extraordinaire du 1er avril.

Communication sur un nouveau procédé de gencive continue à basse température par M. Cunningham, de Cambridge.

Séance du 5 mai.

1° Présentation d'un cas de transplantation par M. Heidé ;

2° Installation thermo-aërhydrique, par M. Foulon ;

3° Procédé de galvanoplastie pour le dépôt des plaques de prothèse avec présentation de spécimens, par M. E. Clark ;

4° Travail à pont. Modification. Dents à glissière, par M. L. Seigle ;

5° Cas de syphilis dentaire. Présentation des modèles, par M. Brodhurst.

Séance du 2 juin.

1° Observation de transplantation, par M. Ronnet ;

2° Présentation d'anomalies par M. Rosenbaum.

Séance du 7 juillet.

1° Présentation d'un travail à pont fait par M. Frantz sous la direction de M. Richard Chauvin ;

2° Résection partielle du maxillaire inférieur, par M. Gillard ;

3° Présentation d'anomalies, par M. Viau ;

4° Traitement et obturation des canaux, par M. Viau ;

5° Observation faite par M. Pannetier, de Commentry, et présentée par M. Ronnet ;

6° Présentation de deux cas d'anomalies radiculaires de la dent de 6 ans, par M. Barrié ;

7° Nouveau traitement au moyen d'un drain automatique par M. Barrié ;

8° Obturation des tubes de chlorure d'éthyle, par M. Paulme ;

9° Prothèse tardive, par M. Gillard.

Séance du 13 octobre.

1° Nouveaux genres d'appareils de redressement, par M. Francis Jean ;

2° Quelques mots sur la fabrication des appareils Martin, par M. Gillard. (Présentation des appareils.)

Séance du 10 novembre.

1° Présentation d'un petit appareil pour faciliter les pansements des racines, par M. Frantz ;

2° Proposition de modifications des statuts de la Société d'Odontologie.

Séance du 15 décembre.

1° Nouveau procédé de soudure pour pièces métalliques par M. Löwenthal ;

2° Les sinus maxillaires, par M. le Dr de la Jarrige ;

3° Lecture du rapport de la commission de modification des statuts de la Société d'Odontologie, par M. Löwenthal ;

Discussion et vote.

Séance du 29 décembre.

1° Présentation d'un cautère avec injecteur d'air chaud, par M. Paulme ;

2° Présentation d'un davier à courbure spéciale (mors parallèles), par M. Quincerot ;

3° Communication par M. Josef Mendel ;

4° Absence congénitale de plusieurs séries dentaires, par M. Francis Jean;

5° Fistule cutanée d'origine dentaire, par M. Bonnard.

Séance du 19 janvier.

1° Appareil contenteur pour fractures du maxillaire, par M. Gravollet;

2° Action septique du tartre dans la production de la gingivite, par M. Viau;

3° Observations sur deux cas de réimplantation, par M. Choquet, présentées par M. Tusseau.

D'après ce que vous venez d'entendre, vous serez d'avis que l'année qui se termine n'a pas été aussi inférieure à ses devancières que le voudraient faire croire quelques esprits chagrins.

Quand, sans compter une notable quantité d'observations et de présentations très intéressantes, on peut citer les conférences de M. le Dr de la Jarrige, les travaux de restaurations faciales et buccales, la description et la présentation des appareils Martin et de prothèse tardive par notre cher président, M. Gillard (que je ne veux pas qualifier de savant et d'éminent pour ménager sa modestie, certain que tous nos collègues penseront comme moi qu'il a bien mérité ces appellations), quand on a pu modifier des statuts qui étaient jusqu'ici aussi obscurs et aussi indéchiffrables qu'une inscription hiéroglyphique et qu'on a pu les rendre clairs et facilement applicables, lorsqu'on a fait cela, dis-je, on a lieu de ne pas être mécontent car on n'a pas perdu son temps.

Espérons, cependant, que l'année courante sera féconde en progrès et que le zèle des travailleurs, loin de se ralentir, ira toujours en augmentant.

Espérons aussi que les questions de personnes et de politique professionnelle, si nuisibles aux intérêts scientifiques, auront à tout jamais cessé d'exister. J'ajoute même que je crois qu'il est fort possible aux membres d'une même Société de penser différemment sans que cela les empêche d'apporter leur collaboration à l'œuvre commune.

Les opinions les plus disparates ne sont-elles pas représentées à l'Académie française et dans toutes les autres académies et sociétés savantes?

Ces divergences dans la manière de voir, qu'elles soient du domaine politique, littéraire ou philosophique, n'influent pas, que je sache, sur le résultat des travaux entrepris en commun au profit de l'humanité et pour la plus grande gloire du pays!

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LA LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE DEVANT LE SÉNAT

RAPPORT DE M. CORNIL

Ainsi que nous l'avons annoncé, M. le professeur Cornil a déposé son rapport au nom de la Commission du Sénat chargée d'examiner le projet de loi sur l'exercice de la médecine.

Voici *in-extenso* la partie intéressant l'art dentaire.

TITRE II

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE DENTISTE

La Commission a adopté l'article 2 ci-dessous qui réglemente la profession de dentiste :

Art. 2. — Nul ne peut exercer la profession de dentiste s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé ou de dentiste. Le diplôme de dentiste sera délivré par le Gouvernement français à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat et suivant un règlement d'études délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique.

Les dentistes qui ne sont pourvus que de ce diplôme spécial ne pourront pratiquer l'anesthésie générale qu'avec l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé.

Avant la Révolution de 1789, les dentistes étaient assujettis à prendre leurs diplômes d'experts-dentistes devant le collège de chirurgie ; ce dernier fut supprimé, comme les congrégations et communautés laïques et religieuses, par le décret du 18 août 1792. Comme la loi de l'an XI n'avait, en aucun de ses articles, mentionné l'exercice de la profession de dentiste, les tribunaux et la Cour de cassation, après des jugements contradictoires, avaient fini par conclure à la liberté de cette profession.

Depuis trente ans jusqu'à ce jour, l'art dentaire a pris un développement considérable et le nombre de ceux qui l'exercent s'est accru dans une grande proportion. Il ne se borne plus, comme autrefois, à l'extraction des dents, à leur aurification ou à la pose d'appareils. Aujourd'hui, grâce à ses progrès, où nous avons suivi les Américains et les Anglais, il constitue une branche spéciale de l'art de guérir. Les dentistes sont appelés à traiter toutes les maladies de la bouche. La stomatologie (étude des maladies de la bouche) est devenue à peu près aussi importante que l'otologie, la laryngologie, l'ophtalmologie. Les dentistes doivent, pour diagnostiquer et traiter utilement les lésions de la bouche, posséder des connaissances générales en anatomie, en pathologie, sans lesquelles ils seraient tout à fait désarmés en face des maladies de leur spécialité. Ils sont appelés presque fatalement à faire des opérations plus ou moins complexes pour lesquelles on réclame l'anesthésie. Ils pratiquent tous actuellement l'anesthésie locale, et beaucoup l'anesthésie générale, par la cocaïne, par le chloroforme, l'éther, le protoxyde d'azote, agents dont on ne connaît que trop les dangers parfois mortels. Ils emploient, pour bourrer les dents carriés, des substances où il entre des poisons, comme l'arsenic. Un bon dentiste doit donc savoir au moins l'anatomie et la pathologie de la bouche, l'action des médicaments qu'il emploie et avoir suivi un cours spécial sur les agents anesthésiques, indépendamment des connaissances pratiques qu'il doit acquérir dans la clinique spéciale. Dans ces dernières années, les notions nouvelles de microbiologie ont démontré que les microbes pullulaient dans la bouche, qu'ils étaient les causes de la carie dentaire, des périostites alvéolo-dentaires, des abcès, de la gingivite expulsive, de la plupart des maladies de la muqueuse buccale et que, de plus, la bouche était la porte d'entrée de beaucoup des maladies générales microbiennes des plus graves, la pneumonie, la fièvre typhoïde, la diphtérie, etc.

Deux écoles dues à l'initiative privée et entretenues par elle avec une légère subvention du Conseil municipal, l'école dentaire de Paris de la rue Rochechouart et l'école dentaire de France (rue de l'Abbaye), se sont fondées à Paris et donnent un enseignement théorique et pratique suivi par de nombreux élèves. Ces écoles octroyent des diplômes

qui n'ont, il est vrai, d'autre valeur que celle de certificats donnés par des institutions privées et dans lesquels l'Etat n'entre pour rien, car ces écoles n'ont pas d'existence légale ni universitaire. Des cliniques et consultations externes appropriées aux maladies des dents et de la bouche ont été en outre organisées dans la plupart des hôpitaux par les soins de l'Assistance publique à Paris.

Le nombre des dentistes s'est élevé sous cette impulsion à 2.000 en France, dont 600 à Paris. Nous sommes encore loin des 15.000 dentistes des Etats-Unis et des 4.000 qui exercent en Angleterre.

Cette profession doit-elle être réglementée et de quelle façon ? Telle est la question qui s'est posée devant votre Commission.

Nous nous sommes trouvés en face de trois solutions, ou pour mieux dire de trois groupes de dentistes soutenant des opinions opposées.

1° Les *partisans de la liberté* de l'exercice de l'art dentaire considèrent la réglementation qui résulte du projet de loi voté par la Chambre des Députés comme une mesure d'exception non motivée. D'après eux, le dentiste fait peu de médecine; il ne pratique que la petite chirurgie. Pour ce qui est de l'anesthésie, les plus habiles en cet art sont ceux qui le pratiquent le plus, c'est-à-dire les dentistes. C'est un dentiste américain qui a le premier employé le chloroforme, et les accidents graves ou mortels par la chloroformisation sont plus rares entre les mains des dentistes que dans les opérations pratiquées par les chirurgiens. Telle a été, en effet, l'opinion émise par Paul Bert dans une réunion solennelle de l'école dentaire; mais on peut répondre que les chirurgiens doivent habituellement pousser plus loin la chloroformisation et la prolonger davantage que ne le font les dentistes. Les partisans de liberté ne réclament d'ailleurs pas pour eux le droit à l'anesthésie générale : ils se contenteraient de l'aide et de la présence d'un médecin. Pour tout le reste, ils s'en rapporteraient au droit commun.

Ils ajoutent qu'il est impossible de ne pas laisser la liberté au premier venu d'arracher des dents comme le font, par exemple, les maréchaux-ferrants de village.

Il est facile de répondre que si la société a le devoir de protéger la santé publique, si elle exige des pharmaciens et des médecins des diplômes qui soient une garantie de savoir et de compétence, elle doit également prendre les mêmes précautions à l'égard des dentistes, étant donné surtout les poisons qu'ils emploient et les pratiques d'anesthésie qui sont aujourd'hui journalières et fréquentes dans tous les cabinets de dentistes.

2° Le groupe des docteurs et officiers de santé pratiquant l'art dentaire (*Société de stomatologie*), représenté par MM. les docteurs Magitot et Galippe, n'a pas eu de peine à nous démontrer que l'on ne peut exercer utilement l'art dentaire sans faire et sans savoir de médecine. Souvent, en effet, l'état des gencives et des dents dénote des affections générales, des maladies qu'il est indispensable de connaître si l'on veut guérir la dentition. Les dentistes font des ordonnances; ils emploient l'aconitine, l'acide arsénieux, la cocaïne, etc. La médecine générale leur est si nécessaire qu'on l'enseigne dans les écoles dentaires. Celles-ci possèdent aussi des cours et des professeurs d'anatomie, d'histologie, d'anatomie pathologique, de pathologie, etc.

Pour ce groupe, un dentiste doit d'abord être un médecin ayant le droit d'exercer la médecine, un docteur ou un officier de santé, ayant appris en plus les connaissances nécessaires à sa spécialité. L'Etat n'a pas de diplôme à donner pour chaque spécialité ressortissant de l'art de guérir, mais seulement le diplôme de médecin ; la spécialité ne doit se

greffer que sur un savoir général. La loi de l'an XI n'a pas prévu l'exercice de l'art dentaire plus que celui des autres spécialités médicales. En Autriche, le diplôme de docteur est obligatoire pour devenir dentiste ; en Allemagne, la plupart des dentistes sont docteurs. L'art dentaire, les maladies de la bouche, devraient être enseignés dans les Facultés de médecine, au même titre que les autres spécialités, telles que les maladies de la peau, l'ophtalmologie, l'aliénation mentale, etc. On ne peut être un bon dentiste sans avoir au préalable le titre de docteur ou d'officier de santé.

3° La majorité des dentistes demande, avec les *écoles dentaires*, une réglementation de la profession. Ils font ressortir le fâcheux état de l'art dentaire pendant les quatre-vingts premières années de liberté complète dont il a joui [1] : « Le recrutement de la profession s'opérait un peu par-
» tout; quiconque savait manier un outil et était fatigué d'un métier
» peu lucratif se faisait dentiste. Des serruriers, des forgerons, des gens
» de toute condition s'improvisaient dentistes ; non seulement l'instruc-
» tion professionnelle leur faisait défaut, mais l'instruction élémentaire
» même, base de toute chose, était pour eux un superflu. Certes, ceux-là
» n'occupaient qu'une situation infime dans la profession, mais enfin ils
» en faisaient partie et cela suffisait à jeter sur elle un jour peu favora-
» ble. Au-dessus d'eux, des mécaniciens-dentistes, compétents en méca-
» nique, habiles manuellement à confectionner des pièces de prothèse,
» mais insuffisants sous le rapport scientifique, car ils n'avaient pas
» fait d'autres études professionnelles que d'apprendre leur métier dans
» les ateliers d'autres dentistes établis, plus âgés qu'eux, mais souvent
» tout aussi peu familiarisés avec la science dentaire.

» Enfin, au sommet de la profession, quelques docteurs en médecine,
» qui, pour des raisons diverses, avaient abandonné la médecine pour
» l'odontologie, mais qui, par suite d'un défaut de connaissances techni-
» ques, ne pouvaient faire des praticiens complets... »

Des dentistes étrangers plus habiles, plus instruits, venus en France grâce à la liberté de l'exercice professionnel, n'eurent pas de peine à prendre le premier rang. Il en résulta une réaction, des efforts pour organiser à Paris un enseignement rationnel de l'odontologie. L'initiative individuelle des dentistes français suffit à créer deux écoles, des cours théoriques et pratiques, des cliniques, plusieurs sociétés scientifiques, une bibliothèque, toute une organisation d'études qui durent trois années, au bout desquelles l'élève peut obtenir dans l'une des deux écoles dentaires un diplôme donné par des associations privées, mais qui n'en a pas moins une valeur aux yeux du public et qui atteste un degré d'instruction très supérieur à ce qui existait antérieurement. Depuis dix ans qu'existe cet enseignement privé, subventionné depuis par la ville, encouragé par nombre de sommités scientifiques et politiques, la profession a gagné en moralité et en instruction. La majorité de ses membres demande une réglementation comparable à celle des médecins, un grade spécial conféré par l'Etat, une protection efficace contre le charlatanisme qui s'étale sous toutes ses formes à côté d'eux et des dispositions transitoires équitables permettant aux praticiens actuellement patentés de continuer l'exercice de leur profession ou de conquérir le nouveau diplôme.

La Commission a discuté d'abord la question de savoir si elle adopterait la création proposée par le Gouvernement et par la Chambre d'un brevet spécial aux dentistes. Si nous avions conservé l'officiat de santé, peut-être aurait-elle exigé ce diplôme de tous les dentistes à l'avenir,

1. Rapport présenté au nom de la Commission de réglementation de l'Association générale des dentistes de France, par F. Touchard, 1891.

malgré l'opposition du commissaire du Gouvernement. M. Brouardel nous faisait observer, en effet, que les études actuelles de l'officiat étaient très chargées, prenaient au maximum quatre ans et demi, après lesquels le dentiste aurait dû passer au moins deux, peut-être trois ans dans une école ou une clinique dentaire pour apprendre sa spécialité, pour se faire la main aux délicates opérations de son art. Il aurait fallu au minimum sept ans d'études avant que le praticien pût s'établir. La profession aurait été trop relevée pour qu'on pût se faire arracher une dent à un prix modique. Cependant, il a paru nécessaire à tous les membres de la Commission de réglementer la profession, de lui donner des garanties de savoir et d'armer les parquets contre l'exercice illégal et charlatanesque qui fait aujourd'hui de nombreuses victimes.

Telles sont les raisons qui nous ont décidés à adopter l'article du projet voté par la Chambre des députés. Nous avons remplacé dans le texte de la Chambre le mot de *brevet* par celui de *diplôme*, qui était demandé par les dentistes et qui assimile mieux leur titre à celui des docteurs et des sages-femmes. Ce diplôme sera délivré par le Gouvernement français à la suite d'examens passés devant une Faculté ou une école de médecine et suivant une scolarité, un règlement d'études et un programme d'examens délibérés en Conseil supérieur de l'instruction publique. Nous nous en remettons, comme on le voit, aux Conseils de l'Université du soin de préparer l'organisation des études.

Les Facultés et les écoles préparatoires pourront donner le diplôme de dentiste ; le Conseil supérieur arrêtera le programme des examens, qui devront porter sur l'anatomie, la physiologie générale et spéciale, sur la pathologie de la bouche et des dents, sur les règles et la pratique de l'anesthésie, sur les opérations spéciales à la dentisterie. Le jury d'examen sera composé de professeurs et agrégés dans les Facultés, de professeurs des écoles dans les écoles, auxquels on adjoindra un ou deux dentistes désignés parmi les plus instruits de la ville universitaire.

Il nous semble qu'il sera nécessaire d'organiser aussi un enseignement dans les Facultés et écoles, et cela paraît très facile. Un prosecteur ou un agrégé de la Faculté sera chargé des cours et des démonstrations d'anatomie et d'histologie spéciaux à la tête, aux mâchoires, aux dents, à la bouche. La pathologie y serait enseignée de la même façon par un agrégé ou un chargé de cours. On n'aurait même à Paris que l'embarras du choix si l'on voulait nommer un professeur titulaire de stomatologie.

Pour ce qui est de l'enseignement pratique, les cliniques existant dans les hôpitaux de Paris, celles qu'on créerait facilement dans chaque grand hôpital d'instruction des villes, chefs-lieux de Faculté ou d'école, le stage exigé des élèves dans ces cliniques et dans le cabinet des dentistes suffiraient amplement. Paris offre, sous ce rapport, des ressources exceptionnelles, en raison des nombreuses cliniques dentaires hospitalières et de ses deux écoles dentaires. Ces dernières nous paraissent donner actuellement tout le programme des connaissances théoriques et pratiques qui seront exigées aux examens du diplôme de dentiste. Il serait facile de les rattacher par un lien officiel à nos établissements d'instruction, et d'utiliser, d'améliorer même leur organisation.

Nous avons ajouté à l'article 2 un paragraphe en vertu duquel les dentistes pourvus seulement du diplôme spécial ne pourront pratiquer l'anesthésie *générale* qu'avec l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé. Nous avons longuement discuté cette question si délicate de l'anesthésie à confier aux dentistes. Le texte adopté par la Chambre des députés et proposé par le Gouvernement donne aux dentistes pourvus du diplôme le droit de se servir de tous les modes d'anesthésie locale et

générale; il le refuse aux dentistes actuellement en exercice, autorisés à continuer leur profession, mais ne possédant pas le nouveau diplôme. La Chambre des députés et le Gouvernement supposent que les futurs diplômés seront très instruits et exercés dans la pratique de l'anesthésie, pour le moins aussi bien qu'un docteur ou un officier de santé pris au hasard. Cela est possible, mais nous n'en avons pas moins tenu à formuler une restriction pour l'anesthésie générale.

Que doit-on entendre par ce mot? Nous rangeons dans les agents anesthésiques généraux le chloroforme, l'éther, le protoxyde d'azote et la cocaïne. Il n'y a pas de doute pour les trois premiers. M. Brouardel estime à une trentaine le nombre des cas mortels à la suite de l'anesthésie dans les cabinets de dentistes. La cocaïne entre pour huit dans ce nombre. Les injections hypodermiques dans la muqueuse buccale sont plus dangereuses que dans les membres, car on ne peut en limiter l'action; et les accidents graves, très inquiétants, bien que non suivis de mort, à la suite de ces injections de cocaïne, sont innombrables. Dans la pratique de l'anesthésie générale, le dentiste opérateur ne peut se passer d'un aide. Nous croyons qu'il est nécessaire que cet aide soit un docteur ou un officier de santé. Les anesthésiques locaux, et en particulier les agents réfrigérants, le chlorure d'éthyle, par exemple, qui insensibilisent la muqueuse, suffisent pour les opérations simples, telles que l'avulsion des dents.

Nous reportons aux dispositions transitoires (Voy. art. 34) le texte de l'art. 6, adopté par la Chambre des députés, en le modifiant. Dans le premier paragraphe de cet article, nous avons exigé deux années d'exercice au lieu d'une et nous avons ajouté, dans le second paragraphe, le mot « générale » à la suite de « l'anesthésie. » Les dentistes autorisés pourront pratiquer l'anesthésie générale, comme les dentistes diplômés, avec l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé.

DISCUSSION PUBLIQUE

La discussion de la loi sur l'exercice de la médecine a commencé au Sénat le 17 mars et continué le lendemain. Nous reproduisons ci-après *in-extenso* les parties intéressant l'art dentaire.

Séance du jeudi 17 mars.

M. le rapporteur. C'est dans l'article 1er de la loi que gît son plus grand intérêt. Cependant comme nous avons apporté des modifications profondes sur certains points du projet de loi, tel qu'il nous est revenu de la Chambre des députés; comme il s'agit aussi de réglementer à nouveau la profession de dentiste, je vous demanderai la permission de vous exposer en quelques mots quelle est la réglementation que nous avons proposée à cet égard.

Le titre II est relatif à la profession de dentiste.

La loi du 21 ventôse an XI n'avait pas prévu l'existence des dentistes; à cette époque l'art dentaire était dans l'enfance. La Chambre a voté une réglementation de cette profession. Nous nous sommes demandé si l'on devait aussi déterminer à cet égard une réglementation nouvelle, s'il était possible de laisser l'exercice de la profession de dentiste livrée à la liberté la plus absolue dont elle a joui depuis cent ans.

Les dentistes emploient, en effet, des poisons pour les soins de la bouche; tous ou presque tous se servent des anesthésiques généraux, de chloroforme, d'éther, de cocaïne et des anesthésiques locaux. Ils peuvent, par conséquent, faire autant de mal que possible, s'ils ne sont pas instruits ou s'ils sont imprudents; et du moment que la loi réglemente la pro-

fession de médecin et celle de pharmacien, on ne voit pas pourquoi elle ne réglementerait pas également celle de dentiste.

Aussi votre commission a-t-elle pensé, malgré les pétitions dont elle a été inondée en faveur de la liberté de l'art dentaire, qu'il était nécessaire de vous présenter une réglementation. Elle a décidé qu'un docteur ou un officier de santé pourrait s'établir dentiste, mais qu'en dehors de ces deux conditions un diplôme spécial sera nécessaire. Ce diplôme sera délivré par une faculté de médecine ou une école préparatoire. Un arrêté pris en Conseil supérieur de l'instruction publique déterminera les conditions du stage et des examens exigés des candidats de ce diplôme.

L'exercice de cette profession sera donc entouré de toutes les garanties convenables.

Dans l'article 2 de notre loi, nous avons ajouté un alinéa qui n'était pas dans la rédaction adoptée par la Chambre des députés. Il prescrit aux dentistes diplômés qui ne seraient pas eux-mêmes docteurs ou officiers de santé l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé dans les opérations où ils pratiqueraient l'anesthésie générale.

M. Blavier. Très bien ! C'est ce à quoi devrait se réduire l'article 2.

M. le rapporteur. Alors vous supprimeriez le diplôme et vous admettriez la liberté complète.

Nous avons ajouté cet alinéa, parce que nous avons connaissance de tous les accidents, souvent mortels, qui ont lieu dans les cabinets de dentistes, et j'ai eu soin d'indiquer les agents dont pourraient se servir les dentistes munis du diplôme, et ceux dont ils ne devraient se servir qu'avec l'assistance d'un médecin.

Il est à notre connaissance environ trente-cinq cas mortels, dans les cabinets de dentistes; les accidents graves survenus avec la cocaïne sont presque innombrables.

Cela suffit pour légitimer l'addition que nous avons faite, pour légitimer en même temps notre article 2................................

La loi que nous avons l'honneur de vous présenter, en même temps qu'elle exige des garanties de moralité et d'instruction de la part des candidats au doctorat et aux grades de dentiste et de sage-femme, indépendamment des grades difficiles à obtenir, donne aux médecins un privilège exclusif; elle les garantit contre la concurrence des charlatans.

Il est facile de voir que l'article 11, par exemple, qui stipule que « l'exercice simultané de la profession de médecin, de dentiste ou de sage-femme, avec celle de pharmacien ou d'herboriste, est interdit », est fait pour garantir la moralité des praticiens.

Séance du vendredi 18 mars.

M. le président. Je donne lecture de l'article 2 qui est ainsi conçu :

« Nul ne peut exercer la profession de dentiste s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé ou de dentiste. Le diplôme de dentiste sera délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat et suivant un règlement d'études délibéré en conseil supérieur de l'instruction publique.

» Les dentistes qui ne sont pourvus que de ce diplôme spécial ne pourront pratiquer l'anesthésie générale qu'avec l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé. »

M. Ollivier a présenté sur cet article un amendement qui consiste à mettre « chirurgien-dentiste » au lieu de « dentiste ».

M. Ollivier. Messieurs, le très modeste amendement que j'ai l'honneur de présenter au Sénat, en lui demandant de vouloir bien le prendre en considération, a pour but d'empêcher que les dentistes français ne soient

placés dans une situation d'infériorité réelle vis-à-vis de leurs concurrents étrangers.

Vous savez, messieurs, que tous les dentistes américains ou autres qui viennent s'établir en France prennent le titre de chirurgien-dentiste, *surgeon dentist*. Il me semble qu'il serait juste que les Français qui, désormais, d'après le projet de loi, n'obtiendront le diplôme d'Etat qu'à la suite d'études très sérieuses, pussent, eux aussi, avoir le titre de chirurgien sur leur diplôme. J'espère que l'éminent rapporteur de la commission ne s'opposera pas à l'adoption de cet amendement auquel M. le commissaire du Gouvernement, le très distingué doyen de la Faculté de médecine, a bien voulu me dire qu'il n'était pas hostile.

S'il veut bien le permettre, je le placerai sous son haut patronage, et je demande au Sénat de vouloir bien le prendre en considération. (*Très bien! très bien! sur divers bancs.*)

M. le commissaire du Gouvernement. Messieurs, l'honorable orateur qui descend de cette tribune m'a fait beaucoup d'honneur en mettant son amendement sous mon autorité.

Personnellement, je ne vois pas d'inconvénient grave à ce qu'on adopte les mots de « chirurgien-dentiste ».

Un sénateur à gauche. Quel avantage y a-t-il?

M. le commissaire du Gouvernement. Je n'en vois aucun non plus. Je ne vois à cela ni avantage ni inconvénient. Voilà pourquoi je me vois obligé de repousser le présent qu'on veut bien me faire.

M. Blavier. Je demande la parole.

M. le commissaire du Gouvernement. Je dois simplement rappeler qu'à la fin du siècle dernier la profession de dentiste n'était pas libre. Le postulant passait un examen devant le collège des chirurgiens qui lui conférait authentiquement le titre de dentiste-expert.

Je ne fais pas cette observation en vue de ressusciter le titre de dentiste-expert, mais pour expliquer que c'est parce que les dentistes passaient alors cet examen devant le collège des chirurgiens qu'on les appelait chirugiens-dentistes.

Lorsque la loi de ventôse est intervenue, on n'a plus fait passer d'examen aux dentistes, et la profession est devenue absolument libre.

Je dois dire, messieurs, que, quel que soit le titre qu'ils prennent, l'honorabilité des dentistes ne sera pas diminuée; leur profession a pris, grâce aux écoles actuelles, une bien plus grande importance et une bien plus grande valeur morale qu'elle n'en avait il y a trente ou quarante ans.

Ils désirent s'appeler chirurgiens-dentistes?... Personnellement, je n'y vois pas d'inconvénient, mais je crois cependant que la commission avait avec soin écarté de tout le projet le mot « chirurgien » parce qu'il n'existe plus, comme autrefois, de diplôme de chirurgien. C'est donc là plutôt une discussion grammaticale, de pure forme; l'addition du mot chirurgien n'ajoutera rien ni à l'honorabilité, ni à l'autorité des dentistes; c'est à ce point de vue que je déclare n'y voir aucun inconvénient.

M. Blavier. Je tiens, messieurs, à faire ressortir les avantages qu'il y a à mettre « chirurgiens-dentistes ». M. le commissaire du Gouvernement dit que cette addition ne présente pas d'avantages, j'en vois, au contraire, un considérable. Il suffit de lire le rapport de l'honorable M. Cornil pour vous le signaler.

Voici, en effet, ce que nous lisons à la page 54 de ce rapport :

« Les partisans de la liberté de la profession de dentiste prétendent, dit M. le rapporteur, qu'il est impossible de ne pas laisser la liberté au premier venu d'arracher des dents comme le font, par exemple, les maréchaux-ferrants de village. »

Voici la réponse de l'honorable M. Cornil; je la signale à l'attention du Sénat.

« Il est facile de répondre, dit-il, que si la société a le devoir de protéger la santé publique, si elle exige des pharmaciens et des médecins des diplômes qui soient une garantie de savoir et de compétence, elle doit également prendre les mêmes précautions à l'égard des dentistes, étant donné surtout les poisons qu'ils emploient et les pratiques d'anesthésie, qui sont aujourd'hui journalières et fréquentes dans tous les cabinets de dentistes. »

Messieurs, il est incontestable que les chirurgiens-dentistes, emploient de ces poisons, emploient de ces méthodes anesthésiques; mais, pour les gens qui, dans les villages, arrachent les dents, rien de tout cela ne se produit, et, en réalité, la santé publique, l'intérêt public n'exigent pas du tout qu'ils soient munis du diplôme.

Remarquez bien que l'immense inconvénient de ce diplôme, c'est que, pour se faire arracher une dent, il faudra payer des sommes très fortes si l'on est obligé de s'adresser à un diplômé

Quel inconvénient voyez-vous à ce que le premier venu puisse arracher des dents, sans anesthésie, bien entendu ?

M. Félix Martin. Sans anesthésie générale !

M. Blavier. Incontestablement, le maréchal-ferrant ne pourrait pas être appelé chirurgien-dentiste. Mais si vous mettez « dentiste » cette dénomination sera insuffisante et il suffira au maire d'une commune, par esprit d'animosité ou par mauvaise volonté, de signaler au Procureur de la République ce dentiste — ce sera le maréchal-ferrant qui aura arraché des dents — et de lui dresser un procès-verbal qui lui coûtera 500 fr.

Si, au contraire, vous mettez dans la loi « chirurgien-dentiste », ce cas ne peut plus se présenter, et c'est là, à mon sens, l'avantage incontestable que présente l'amendement de M. Ollivier.

M. le commissaire du Gouvernement n'y voit pas d'inconvénients. Ce n'est pour lui qu'une question de mots; pour moi, au contraire, c'est une question de fond qui a son importance.

J'insiste donc beaucoup auprès du Sénat pour l'adoption de l'amendement de M. Ollivier.

M. le rapporteur. Messieurs, je dois dire que la commission n'a pas pu examiner l'amendement en discussion, puisqu'elle ne s'est pas réunie depuis qu'il a été déposé, c'est-à-dire depuis hier. C'est donc simplement en mon nom personnel que je vous demande la permission de présenter quelques courtes observations.

Le titre de chirurgien que réclament les dentistes pour l'adjoindre à leur titre de dentiste me paraît tout à fait dépourvu d'importance; c'est plutôt, ce me semble, un titre de fantaisie qu'un titre qui puisse leur être utile, et voici pourquoi.

Les dentistes de Paris se figurent qu'ils ne pourront pas soutenir la concurrence contre les dentistes américains, ou de toute autre nationalité, parce que ces derniers mettront sur leurs cartes ce titre de chirurgien-dentiste.

Je dois faire observer qu'ils ne peuvent le prendre comme titre français, mais seulement comme titre obtenu à l'étranger, c'est-à-dire comme chirurgien de Philadelphie, de Boston ou de n'importe quel autre pays. Or, ce titre ne sert à rien et ne signifie rien. Il est sans valeur...

M. Blavier. Pour le public, il en a une !

M. le rapporteur. Il n'a aucune espèce de valeur légale.

M. Le Breton. Il a une valeur de clientèle !

M. le rapporteur. A t-il une valeur de clientèle ?... cela est douteux ; il est même douteux qu'il puisse figurer sur une carte.

M. Le Breton. Cela se fait ; il figure même sur des enseignes !

M. le rapporteur. Ces dentistes ne peuvent arguer pour l'exercice de leur profession que du titre qui leur donne le droit d'exercer cette profession.

Pour mon compte, je suis du même sentiment que M. Brouardel ; je considère qu'il n'y a pas grand inconvénient à accorder aux dentistes le droit de prendre le titre de chirurgien ; mais je crois, d'un autre côté, que cela est tout à fait inutile.

Dans ces conditions, messieurs, si vous le voulez bien, je prendrai, sur ce point, l'avis de la commission et je prierai notre honorable collègue M. Ollivier de vouloir bien retirer momentanément son amendement, en se réservant, s'il y a lieu, de le représenter en 2e lecture. (*Approbation.*)

Plusieurs sénateurs. Demandez le renvoi à la commission !

Sur divers bancs. Le rapporteur l'a demandé !

M. le président. Personne ne demande plus la parole ? Je vais consulter le Sénat sur l'article 2.

M. le commissaire du Gouvernement. Pardon, monsieur le président, le Gouvernement demande la suppression du deuxième paragraphe de cet article.

M. le président. Je mets aux voix le paragraphe 1er qui n'est l'objet d'aucune contestation, en réservant l'amendement de M. Ollivier.

(Le paragraphe 1er est adopté.)

M. le président. M. Ollivier maintient-il son amendement ?

M. Ollivier. Oui, monsieur le président.

M. le rapporteur. Nous demandons le renvoi à la commission.

M. le président. Le Gouvernement est-il d'accord avec la commission ?

M. le commissaire du Gouvernement. Oui, monsieur le président, le Gouvernement se joint à la commission pour demander le renvoi.

M. le président. Il n'y a pas d'opposition ?...

L'amendement est renvoyé à la commission.

Nous passons au second paragraphe dont le Gouvernement demande la suppression.

Ce paragraphe est ainsi conçu :

« Les dentistes qui ne sont pourvus que de ce diplôme spécial ne pourront pratiquer l'anesthésie générale qu'avec l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé. »

M. le commissaire du Gouvernement. Messieurs, le Gouvernement m'a chargé de demander la suppression du second paragraphe, celui qui interdit aux dentistes munis du diplôme que l'on vient de créer le droit de pratiquer l'anesthésie. Voici pourquoi :

Nous avons demandé que les dentistes fussent obligés, pour pouvoir exercer, de faire des études particulières.

Depuis quelques années, nous avons été témoins d'un certain nombre d'accidents de morts par l'anesthésie, d'intoxications par la cocaïne survenus dans des cabinets de dentistes.

Les dentistes faisant aujourd'hui non seulement de grandes opérations autour des dents, mais des injections de substances toxiques dans les gencives, nous avons pensé qu'il était utile — et nous avons obtenu l'assentiment de la Chambre des députés — de créer des études particulières pour l'exercice de la profession de dentiste.

Je dois faire remarquer que nous nous sommes bornés, sur ce point, à suivre le sentiment public.

Lorsqu'il y a cinquante ans les dentistes étrangers sont venus nous montrer que, depuis que l'on avait supprimé les diplômes dont je parlais tout à l'heure dans les collèges de chirurgie à la fin du dernier siècle,

l'art dentaire en France était tombé presque à rien, ces dentistes étrangers ont nécessairement attiré à eux la clientèle, parce qu'ils faisaient mieux que les autres. Les dentistes français se sont alors constitués en écoles particulières, privées ; ils ont marché de l'avant, et nous ne faisons que suivre leurs traces, c'est-à-dire suivre l'initiative privée.

Nous avons donc demandé à la Chambre qu'on fît passer des examens à ces candidats dentistes. Pourquoi ? Précisément pour qu'ils puissent employer ces substances toxiques en connaissant leur maniement, pour qu'ils fussent exercés à pratiquer l'anesthésie.

La commission du Sénat accorde ce que nous demandons. Mais elle dit : « Même après ces études, ces dentistes ne pourront pas pratiquer l'anesthésie générale. »

Alors, que va-t-il se passer ?... — Je ne voudrais pas trop insister sur cet argument, mais cependant il a sa valeur. — La commission dit : « Lorsqu'un dentiste devra pratiquer l'anesthésie, il devra se faire assister d'un docteur ou d'un officier de santé. »

M. Ollivier. Cela coûtera cher !

M. le commissaire du Gouvernement. J'entends dire : « Cela coûtera cher. » C'est, en effet, un gros argument, très important, et je m'en empare à l'appui de ma thèse : on peut dire que les personnes qui ne sont pas riches ne seront pas mises à l'abri de la souffrance. C'est là un premier point.

Mais, messieurs, ce n'est pas tout à fait ainsi que cela se passera ; ce qui arrivera, c'est que, quand un dentiste pratiquera l'anesthésie, il y aura un docteur *in absentia* qui couvrira les accidents de sa pseudo présence. (*Sourires.*)

J'ai eu l'occasion de faire, tout récemment, une enquête à ce sujet, dans les conditions suivantes :

Il s'agissait, je puis le dire, d'un grand magasin de dentistes, tous étrangers. (*Rires.*)

Tous ceux que nous y avons trouvés étaient des jeunes gens qui passaient le détroit, venaient arracher des dents ou faire les pansements pendant trois mois dans cet établissement, puis disparaissaient.

Il y avait eu des accidents, ce qui avait donné lieu à une enquête médico-légale.

Quand nous sommes arrivés, il y avait là quinze malades, quelques-uns endormis, d'autres auxquels on avait fait des injections de cocaïne ; il n'y avait pas un seul de ces dentistes étrangers qui parlât suffisamment le français pour nous comprendre quand nous demandions le nom du directeur de l'établissement.

Ils ne connaissaient qu'un homme, c'était le comptable. (*Nouveaux rires.*)

Et quand nous leur avons demandé comment il se faisait qu'ils pratiquaient l'anesthésie locale ou générale, étant étrangers et sachant qu'il y avait eu, dans la maison, des accidents, du temps de leurs prédécesseurs, une mort par le chloroforme, ils nous ont répondu qu'il y avait un médecin. Or, l'établissement se trouvait du côté de l'Hôtel de Ville, et le médecin demeurait aux Ternes... (*Hilarité*), il n'y mettait les pieds que de temps en temps.

Ce sont ces scandales et ces dangers que nous voulons éviter, et c'est pour cela que nous vous demandons de ne pas obliger le dentiste à se faire assister par un docteur en médecine, car, de deux choses l'une : ou la loi sera appliquée, et alors il n'y aura que les riches qui pourront payer la consultation et éviter la souffrance, ou bien, ce qui est beaucoup plus probable, la loi ne sera pas observée, et il arrivera des accidents analogues à ceux qui se produisent actuellement.

Nous demandons, en conséquence, que les dentistes diplômés puissent

pratiquer l'anesthésie locale ou générale, et nous mettrons dans le programme d'enseignement ce qui sera nécessaire pour qu'ils puissent le faire sans danger. (*Approbation sur un grand nombre de bancs.*)

M. le rapporteur. Messieurs, le tableau même que vient de tracer M. Brouardel de ce qui se passe dans les cabinets de dentistes nous engage à demander le maintien du second paragraphe de l'article 2. En effet, que vous a montré M. Brouardel ? Un cabinet de dentiste dans lequel on trouve huit ou dix patients soumis à l'éther, au chloroforme, à la cocaïne, au protoxyde d'azote, passant du bleu au violet, suspendus entre la vie et la mort en attendant l'opération. Est-ce que la loi, la police ne devraient pas intervenir et exiger la présence réelle d'un médecin instruit et responsable dans un cabinet de ce genre, où l'on pratique à la fois l'anesthésie par des procédés si dangereux ?

Il me semble que ces cabinets de dentistes doivent être surveillés comme des établissements dangereux, et que l'assistance d'un homme compétent y est indispensable.

D'un autre côté, M. le commissaire du Gouvernement nous dit qu'on exigera à l'avenir de tous ceux qui se présenteront pour obtenir le diplôme de dentiste des connaissances complètes en ce qui touche l'anesthésie.

Je n'y contredis point ! Les dentistes diplômés de l'avenir pourront remplir, en effet, ces conditions ; mais à ceux qui n'auront pas subi d'examen, aux dentistes actuels, qui à Paris sont au nombre de six cents, je crois, leur donnerez-vous le droit de pratiquer l'anesthésie sans l'assistance d'un docteur, comme vous le faites aujourd'hui ?

Un sénateur à gauche. Et les dentistes étrangers ?

M. le commissaire du Gouvernement. Voici comment les choses pourraient se passer : pour ceux qui exercent actuellement, on pourra leur donner le droit de pratiquer l'anesthésie, — c'est une question à réglementer par le conseil supérieur de l'instruction publique, — à la condition de subir un examen dans lequel ils démontreront qu'ils ont l'habitude de chloroformer et de cocaïner, et qu'ils connaissent les doses à employer.

Les grands cabinets de dentiste s'adjoindront de jeunes docteurs ayant leur diplôme qui pratiqueront l'anesthésie. Il n'y a pas de difficultés, à mon avis. (*Très bien ! très bien ! sur un grand nombre de bancs.*)

M. le rapporteur. Je vous ferai remarquer, messieurs, que la commission a modifié l'article 2 du projet de la Chambre, d'après lequel les dentistes n'avaient pas le droit de pratiquer l'anesthésie. Plus large que la Chambre des députés, la commission sénatoriale a décidé que les dentistes auraient le droit de faire l'anesthésie locale, mais que pour l'anesthésie générale, ils ne pourraient la pratiquer qu'avec l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé.

Or, l'anesthésie locale suffit pour empêcher la souffrance dans toutes ou presque toutes les opérations de la bouche. L'argument donné par M. le commissaire du Gouvernement, à savoir que les riches seuls pourront se faire anesthésier et éviter la douleur, si l'on exige la présence d'un médecin, cet argument tombe, car il suffit de se servir de réfrigérants, d'anesthésiques locaux pour supprimer la souffrance. Quant aux anesthésiques généraux, tels que l'éther, le chloroforme, le protoxyde d'azote et la cocaïne, leur emploi est tellement dangereux qu'on doit toujours hésiter à y recourir pour de petites opérations dentaires.

C'est ainsi qu'on a cité environ trente-cinq cas de mort dans les cabinets de dentistes depuis un certain nombre d'années. Aussi le projet n'autorise-t-il pas les dentistes à se servir des anesthésiques généraux. On a dit que les dentistes n'avaient pas à déplorer autant de cas de mort que les chirurgiens. Cela est possible, car ils ne poussent pas aussi loin

l'emploi du chloroforme ou de l'éther, mais il n'en est pas moins vrai qu'on doit supprimer cette cause de dangers très graves et de mortalité en défendant la pratique de l'anesthésie générale sans la présence réelle d'un médecin.

Je persiste donc à penser que la commission a bien fait d'établir une différence entre l'anesthésie locale et l'anesthésie générale et de ne permettre aux dentistes de pratiquer que l'anesthésie locale seulement.

M. le commissaire du Gouvernement, de sa place. Le Gouvernement insiste pour le rejet du second paragraphe de l'article 2.

Je ferai remarquer à M. le rapporteur qu'il faut croire que les anesthésiques locaux ne suffisent pas...

Plusieurs sénateurs à droite. Nous n'entendons pas ! Montez à la tribune.

M. le commissaire du Gouvernement, à la tribune. Je vous demande pardon, messieurs, je ne voulais dire qu'un mot.

Je disais que le Gouvernement insiste pour le rejet du second paragraphe de l'article 2 et je faisais remarquer qu'il faut croire que les anesthésiques locaux ne suffisent pas pour insensibiliser, puisque tous les dentistes emploient les autres anesthésiques, ceux qui sont dangereux. C'est même un dentiste qui a inventé l'anesthésie générale.

Depuis 1855 ou 1860 le chloroforme, l'éther et maintenant la cocaïne sont entre les mains de tous les dentistes, et chacun le sait par soi-même ou par d'autres personnes de sa connaissance.

Quant aux procédés locaux d'anesthésie dont parle M. le rapporteur, si MM. les sénateurs veulent bien faire appel à leurs souvenirs, je doute qu'ils se souviennent qu'on leur ait appliqué tel ou tel procédé d'anesthésie locale, soit la glace, soit un mélange réfrigérant, soit autre chose. Ces procédés n'existent presque qu'en théorie et on n'en parle que pour sauver la disposition dont il s'agit; j'en demande pardon à mon ami M. le rapporteur.

Je crois qu'en réalité, si on crée un diplôme de dentiste, il faut que ce diplôme donne le droit d'exercer cette profession. (*Marques nombreuses d'approbation.*)

M. le président. Il est bien entendu, monsieur le commissaire du Gouvernement, que la suppression de l'obligation de l'assistance d'un médecin ne concerne que les dentistes qui seront pourvus du diplôme spécial ou de celui de médecin ou d'officier de santé.

Tous les dentistes qui n'ont pas de diplôme actuellement sont soumis à l'ancienne obligation de la présence réelle d'un médecin pour la pratique de l'anesthésie générale.

Cette question, d'ailleurs, est réglée par l'article 34 du projet de loi.

M. le commissaire du Gouvernement. Parfaitement, monsieur le président.

M. Félix Martin. Messieurs, je ne veux faire qu'une courte observation. On vous dit : Nous apprendrons aux dentistes à se servir des anesthésiques, chloroforme, éther, etc., à les manier, à les doser, à les administrer ; c'est très bien ; mais vous ne leur apprendrez pas, vous ne pouvez pas leur apprendre à reconnaître les maladies qui en contre-indiquent l'emploi.

Il leur arrivera donc d'anesthésier des patients, qui auront par exemple des lésions du cœur, des artères ou des poumons, et qui ne se réveilleront plus. Il est, par conséquent, nécessaire qu'un médecin soit présent pour dire au dentiste, suivant les cas : Prenez garde ; ou bien : Abstenez-vous !

La suppression du paragraphe en discussion est donc, à mon avis, une grande imprudence.

M. le commissaire du Gouvernement. Le Sénat se trouve dans ce moment-ci

exactement dans la situation des législateurs qui ont fait la loi de ventôse. Il fallait des médecins, mais comme un grand nombre de ceux qui postulaient le titre de médecins n'avaient pas une instruction suffisante, on a créé deux ordres de médecins; or, après un laps de près de cent ans, vous venez de décider que l'instruction médicale était suffisante aujourd'hui pour qu'il n'y eût plus qu'un seul ordre de médecins.

Eh bien, nous sommes au début d'une réglementation nouvelle; il est évident que les premiers examens ne seront pas extrêmement sévères. Mais il est certain aussi que nous arriverons bientôt à l'état où on se trouve en Allemagne, en Autriche et dans d'autres pays.

En Autriche, où les examens n'ont pas été abolis, comme en France au commencement du siècle, on n'a maintenant que des docteurs comme dentistes. En Allemagne, les diplômes sont devenus extrêmement sérieux, mais seulement après vingt ans d'efforts.

Je ferai remarquer, pour répondre à l'objection qui a été présentée, que, dans ce moment-ci, on poursuit un dentiste pour homicide par imprudence, lorsqu'il ne s'est pas fait assister d'un médecin, mais il est évident qu'il serait regardé comme moins imprudent s'il s'était couvert par une consultation auprès du médecin de la personne à opérer. Ceci est une affaire de réglementation (*Très bien! sur plusieurs bancs*), et ce n'est que cela. Pour le moment, nous instituons un diplôme qui ne pourra être obtenu qu'à la suite d'examens sérieux. Ce diplôme doit donner des droits; s'il n'en donne pas, il est inutile de le créer. (*Très bien! très bien!*

M. le président. Il a été déposé sur le bureau une demande de scrutin.

(Le scrutin a lieu.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre des votants		209
Majorité absolue		105
Pour	39	
Contre	170	

Le Sénat n'a pas adopté.

Je ne mets pas aux voix l'ensemble de l'article 2, le Sénat ayant renvoyé à la commission un amendement de M. Ollivier sur ce même article.

(Les art. 3, 7, 8, 9, 10 et 11 sont successivement adoptés. — Voir le nº de décembre.)

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

Assemblée générale extraordinaire du mardi 12 *janvier* 1892.

Présidence de M. VIAU, vice-président.

La séance est ouverte à 9 heures 1/2.

64 membres sont présents.

M. Viau. — Nous vous avons réunis ce soir pour vous donner lecture du rapport rédigé par M. Touchard, au nom de la commission de réglementation chargée de présenter au Sénat les revendications que vous avez formulées dans l'assemblée générale du 7 avril 1891.

L'ordre du jour mentionne la lecture du procès-verbal qui a été publié dans l'*Odontologie*. Comme il est fort long, je vous demanderai si vous êtes d'avis qu'on le lise ou qu'on l'adopte sans le lire puisque chacun en a eu connaissance.

M. Godon. — Quel procès-verbal?

M. Viau. — Celui relatif à la reconnaissance d'utilité publique, du 24 novembre dernier.

M. Touchard. — Comme les deux questions sont distinctes, il vaut mieux s'occuper de la réglementation, objet de notre réunion de ce soir.

M. Godon. — Mais le procès-verbal d'avril n'a pas été adopté!

M. Touchard. — Il a été convenu au Conseil de direction que nous ne nous occuperions aujourd'hui que de la réglementation.

M. Godon. — Je ne demande pas la lecture du procès-verbal, je voulais simplement savoir de quel procès-verbal il s'agissait.

M. Touchard. — Il serait même très intéressant de ne songer qu'à la réglementation puisque vous nous avez chargés d'une mission dont nous venons vous rendre compte.

M. Tusseau, secrétaire général commence la lecture du procès-verbal du 7 avril.

M. Chauvin. — Mais il y a 18 pages à lire !

M. Pigis. — M. le président pourrait consulter l'assemblée sur le point de savoir si la lecture aura lieu.

M. Viau. — Etes-vous d'avis qu'on ne lise point ce procès-verbal?

L'assemblée se prononce pour l'affirmative.

M. Viau. — Y a-t-il quelque membre qui désire faire une rectification ?

M. Godon. On évalue, dans ce procès-verbal, à 200 le nombre des membres présents, c'est très exagéré il y a eu un vote qui, à défaut d'autre indication, indiquait bien ce nombre, le vote sur l'ordre du jour de protestation présenté par moi contre la non-réception de nos délégués devant la Chambre. Il y avait environ une centaine de personnes dans la salle, dont la moitié d'élèves ; cela fait donc à peu près 50 membres de l'Association.

M. Pigis. — Au moment de ce vote, une grande partie des assistants s'étaient retirés, de sorte que le chiffre de 50 est trop faible.

M. Gillard. — Je ne critique ni le chiffre de 50 ni celui de 200, mais je demanderai à M. Godon s'il s'est livré lui-même à un pointage pour réclamer aujourd'hui la rectification de ce dernier chiffre.

M. Godon. — J'ai fait une proposition qui a été mise aux voix. M. Pigis, prétend, qu'un certain nombre de membres avaient quitté l'Assemblée au moment du vote ; mais ce n'est pas au moment de ce premier vote, et comme 17 ou 18 voix se sont prononcées pour ma proposition et un peu moins et d'une trentaine contre, en adoptant le chiffre de 50, je crois compter largement.

M. Touchard. — Puisqu'on nous reproche une erreur de chiffre, je trouve comme M. Gillard, qu'il y avait un moyen bien simple de la rectifier, le pointage. Mais si M. Godon avait recouru à ce moyen, il devrait se rappeler que les 7 voix qui se sont prononcées pour sa proposition sont devenues 12 dans le procès-verbal. Il est probable qu'elles auront fait des petits dans l'intervalle !

M. Godon. — Rétablissez les chiffres exacts.

M. Viau. — Que M. Godon veuille bien nous les donner.

M. Godon. — Je demande que le nombre de 200 soit réduit à 50 ; dans tous les cas, je tenais à bien établir que le nombre indiqué était inexact.

M. Viau. — Propose-t-on d'autres chiffres ?

M. Deschaux. — Pour mettre tout le monde d'accord, qu'on fasse comme Salomon !

M. Tusseau. — Il est assez difficile de donner le chiffre exact des membres présents puisqu'il n'y a pas eu de pointage, mais j'ajoute que ce dernier était assez difficile à faire.

M. de Lemos. — Que M. le président fasse établir une feuille de présence.

M. Gravollet. — Je demande que cette feuille circule.

M. Viau. — L'incident est clos. Je donne la parole à M. Tusseau pour la lecture de la correspondance.

M. Tusseau. — M. Lecaudey, indisposé, et M. Charavet s'excusent par lettres de ne pouvoir assister à la séance.

M. Viau. — L'ordre du jour appelant l'examen du projet de loi de la commission sénatoriale, je donne la parole à M. Touchard pour cet objet.

M. Touchard. — L'ordre du jour porte une superfétation en mentionnant d'abord cet examen et mon rapport ensuite, car celui-ci contient précisément celui-là, de sorte qu'il n'est pas besoin de s'y livrer auparavant.

J'ai résumé dans ce document tout ce qui peut vous intéresser : je vous demande simplement le silence, me déclarant prêt à répondre ensuite à toutes questions ou observations.

M. Touchard donne lecture de son rapport, dans lequel il intercale les observations orales suivantes.............................

Je vais être obligé de passer en revue tous les projets de loi qui ont visé l'art dentaire ; la lecture en sera aussi longue que fastidieuse, cependant je vous la ferai si vous le désirez.....................

Après une discussion assez longue, assez laborieuse où plusieurs collègues prirent la parole et où, pour ne pas l'oublier, M. Dubois nous appuya de toute son éloquence, les amendements suivants furent votés..

Le paragraphe additionnel de l'art. 5 n'est pas l'œuvre de l'assemblée, mais du Conseil de direction qui ne crut pas devoir vous consulter à nouveau puisqu'il demandait plus que vous ne demandiez vous-mêmes. Un point, en effet, sur lequel tout le monde était d'accord, c'était la question des mécaniciens posant des appareils......

Vous connaissez le compte rendu de l'audition de votre commission au Sénat ; il a été publié au journal, je n'y reviendrai point....

Cette circulaire je ne l'ai point inventée. Cette union ne s'était pas faite avec les seuls éléments de l'Association générale, mais encore avec l'Ecole de la rue de l'Abbaye. Je ne vous donnerai pas lecture de tout le document, mais simplement de ces mots : « 3° Enfin, si contrairement à ces vœux, le Gouvernement et les Chambres jugent nécessaire de statuer à propos de l'exercice de l'art médical sur les conditions d'exercice de l'art dentaire, les soussignés les prient de prendre en considération le projet de réglementation suivant qui, à leurs yeux, met le mieux en accord l'intérêt général et l'intérêt professionnel. »

Qu'avons-nous fait? nous n'avions pas de projet de réglementation, n'en ayant pas demandé ; on nous en imposait un...........

Nous avons la satisfaction de posséder ici des documents absolument officiels, notamment le premier projet de la commission sénatoriale sur épreuves, qui est fort important, car il témoigne des dispositions de celle-ci. On prétendait en avril que le dernier mot n'était pas dit sur la loi, que le Sénat était plus libéral que la Chambre et adoucirait son texte. Erreur.

Le Sénat avait, au contraire, trouvé la Chambre trop libérale et ne voulut pas, par exemple, que les mécaniciens pussent s'établir sous l'égide de l'Etat ; il exigeait 5 années d'exercice au lieu de 2 ; c'était très joli comme début, de plus, nos petites revendications ne recevaient point satisfaction : un *brevet* au lieu d'un *diplôme*, pas d'association possible, point de dispositions transitoires ; enfin, les dentistes qui n'étaient pas dans les conditions prévues par la loi, n'avaient pas le droit de pratiquer l'anesthésie. Voilà ce que nous permet de constater le texte que nous avons entre les mains !

Quand nous avons vu cela, nous ne nous sommes pas tenus pour battus et nous avons agi auprès de la commission sénatoriale, mais nous parlerons de cela tout à l'heure...........................

A l'appui de ce que je viens de dire, j'ai une lettre de M. David, du mois de décembre, que je vais lire dans un instant, indiquant les avantages obtenus de la commission bien avant que la chose fût publiée. J'ajoute que c'est sur l'invitation de M. Cornil — je l'ai dit chez M. Lecaudey — que je me suis présenté chez M. David pour obtenir une rédaction des dispositions transitoires à propos des 5 ans. Je dis cela parce que j'ai remarqué quelques murmures quand j'ai prononcé le nom du Dr David....................................... »

Personnellement nous l'en remercions ici publiquement.

M. Bonnet. — Il n'y a pas de quoi !

M. Touchard. — C'est une question d'appréciation............

Je viens de vous faire ressortir les avantages obtenus. J'ajoute que l'assemblée générale avait demandé, pour empêcher la rétroactivité de la loi, qu'on exigeât la simple production de pièces justifiant l'exercice de la profession. M. Gravollet serait bien bon, à cet égard, de vous dire que nous avons insisté sur ce point auprès de la commission parlementaire.

M. Gravollet. — C'est absolument exact, en effet.

M. Touchard. — Tant et si bien que MM. Bardoux et Delsol, qui exigeaient 5 ans d'abord, ont fini par consentir à 2 ans.

Vous aviez demandé que le mot *diplôme* remplaçât le mot *brevet*, mais vous n'aviez pas songé aux diplômés ! Or le souci de votre commission de réglementation portait surtout sur ceux-ci, car nous pensions plus facile d'obtenir pour eux ce que nous ne pouvions obtenir pour tous ; toutefois, par la suite, nous les avons tous confondus, diplômés ou non, et aujourd'hui tous ceux qui auront deux ans d'exercice pourront demander le diplôme de l'Etat. Vous pourriez voir que, sur la première épreuve du projet sénatorial, nous avons pu faire ajouter, pour l'obtention de ce diplôme, les mêmes facilités, qui se-

ront accordées, pour être reçus docteurs, aux officiers de santé. C'est un point des plus importants. Maintenant dans l'esprit des législateurs on n'exigera des premiers que deux épreuves, et des dentistes diplômés qu'un examen d'anesthésie.

Nous avons obtenu également que les dentistes puissent se syndiquer.

Eh bien, j'estime que si nous n'avons pas eu gain de cause sur tous les points et si nous n'avons pu empêcher la rétroactivité de la loi, ce n'est pas que nous ayons manqué d'activité ou d'éloquence — on fait ce qu'on peut — c'est que nous ne pouvions obtenir plus et qu'on ne voulait pas nous accorder davantage.

M. Viau. — Avez-vous quelques critiques à présenter au rapport que vous venez d'entendre ?

M. Deschaux. — Tout le possible a-t-il été fait ? A-t-on présenté aux commissions de la Chambre et du Sénat des textes comparés ? Je trouve, pour ma part, que ce qu'on a obtenu est maigre, c'est pour cela que je demande si la commission a fait tout ce qu'elle pouvait faire.

M. Touchard. — Nous avons fait tout ce qu'il était possible de faire. Croyez-vous qu'il nous suffise, à nous autres dentistes, qui ne représentons, ainsi que le disait si justement M. Dubois, qu'une infime minorité du corps électoral, de nous montrer auprès de la Chambre ou du Sénat pour obtenir tout ce que nous voulons? Mais vous-même, monsieur Deschaux, qui serez le premier à profiter de ces *maigres* dispositions transitoires, est-ce comme réglementateur ou comme ligueur que vous nous interrogez ? Comme réglementateur vous n'avez rien obtenu et comme ligueur vous nous empêchiez d'obtenir.

M. Deschaux. — Je n'ai rien obtenu puisque je ne me suis présenté nulle part.

M. Godon. — Je me demande ce que la Ligue vient faire ici.

M. Chauvin. — Mais M. Deschaux n'est pas signataire de la Ligue.

M. Godon. — Je le répète, je ne vois pas ce que la Ligue vient faire ici. Nous sommes à l'Association générale et M. Deschaux, membre de celle-ci, demande des renseignements à la Commission sur ce qu'elle a fait.

M. Touchard. — Mais je viens de vous le dire.

M. Blocman. — Quel rapport y a-t-il entre les concessions obtenues par les officiers de santé et celles accordées aux dentistes ?

M. Touchard. — Les voici. (Il lit l'art. 33.)

M. Blocman. — Je le sais aussi bien que vous.

M. Touchard. — Mais rapprochez-le de l'art. 32 ancien. Croyez-vous que ce soit maigre ?

M. Blocman. — Où sont les avantages qu'un dentiste, officier de santé, pourra obtenir de la réglementation et dans quelles conditions le Conseil supérieur de l'Instruction publique établira-t-il le diplôme ?

M. Touchard. — J'ai confirmé tout à l'heure ce que j'ai eu l'honneur de dire au banquet d'avril rue Richelieu. Vous savez quelles conditions on exige pour obtenir l'officiat de santé : le certificat de grammaire et plus tard, pour devenir docteur en médecine, il faut avoir le baccalauréat. Si le diplôme de dentiste était subordonné au docto-

rat ou à l'officiat il comporterait également cette condition tandis qu'il est, en somme, à la portée de tout le monde. Mais vous aurez, vous, en plus, l'exercice de l'anesthésie générale.

M. Blocman. — Vous faites miroiter à nos yeux la promesse qui vous a été faite ; mais M. Brouardel n'est pas seul et il n'est pas dit que, quand la loi sera votée, nous arrivions avec les mêmes conditions. Beaucoup de nos confrères vont voter une mesure qui provoquera une pression auprès des Pouvoirs publics, s'il est possible d'en faire encore, cette pression sera faite, et on se trouvera avoir réclamé un diplôme quand on ignore dans quelles conditions il sera accordé.

M. Touchard. — Cette question a déjà été agitée ici et je crois que M. Deschaux lui-même avait demandé quel était le corps chargé de statuer sur la question. Mais alors le dentiste n'avait pas les dispositions transitoires ! Quelle est donc la commission qui peut savoir cela? La Chambre a voté deux épreuves pour obtenir le diplôme et vous étiez plus difficiles à ce moment. Aujourd'hui il y a unification, mais je ne sais ce qui sera fait au Conseil supérieur de l'Instruction publique. Je ne pense pas, d'ailleurs, que ce soit pour effrayer nos confrères et amoindrir ce que nous avons obtenu que vous avez posé votre question. Il suffit, du reste, de lire les dispositions transitoires pour y voir que des facilités seront accordées. Le commissaire du Gouvernement, quand je suis allé le voir, fut étonné d'apprendre ce qui se passait à la Commission du Sénat, et qu'elle exigeait 5 ans. Il entend que le dentiste fasse de l'anesthésie et soit maître dans son cabinet, et sur ce point il n'est pas d'accord avec la commission sénatoriale. Je serais heureux, à cet égard, que quelqu'un voulût bien constater mes dires.

M. Meunier. — M. Touchard parle de deux épreuves ; or l'examen est laissé à la merci du Conseil supérieur de l'Instruction publique et personne n'a qualité pour affirmer aujourd'hui quelles seront ces épreuves et leur nombre.

M. Touchard. — Je ne puis vous dire assurément ce qui se fera dans l'avenir, et je trouve que M. Meunier se permet de juger bien légèrement un Conseil composé des plus hautes lumières scientifiques.

M. Blocman. — M. Touchard nous dit que nous aurons deux épreuves ; mais, à part la digue, je ne connais rien de plus élastique que des épreuves ! On peut nous donner, par exemple, l'anatomie du cœur et une foule d'autres choses que nous ne connaissons pas, de sorte que nous nous engageons pieds et poings liés en acceptant deux épreuves.

M. Touchard. — M. Blocman en prend à son aise. Nous n'avons ni à accepter, ni à refuser des épreuves. Le Conseil supérieur ne s'est pas encore occupé de nous, et il ne nous consultera pas le moment venu. Monsieur Blocman, vous ne me paraissez pas être très au courant de la législation française ; cela se comprend puisque vous êtes étranger. Les Chambres ne discutent actuellement qu'une loi réglementant l'*exercice* de notre profession. C'est après le vote de cette loi qu'on s'occupera de l'*enseignement.*

M. de Lemos. — Il a raison.

M. Touchard. — Oui, mais la loi ne le vise pas car il est médecin. Or, actuellement l'officier de santé ne peut pas pratiquer l'anesthésie générale et avec la nouvelle loi il le pourra.

M. Blocman — Quand je serai dentiste, oui.

M. Gillard. — On s'éternise beaucoup sur des questions qui ne nous regardent pas, car les programmes universitaires ne sont pas de notre compétence. Si M. de la Palisse vivait encore il dirait qu'il saura ce qu'il y aura dans les programmes quand ils seront publiés; eh bien, tout comme lui, vous saurez ce qu'ils contiennent quand il y en aura!

Or nous avons actuellement une commission qui s'est fait recevoir par la commission sénatoriale, qui a présenté nos vues et a obtenu quelque chose et on la critique amèrement! Pourtant il y en avait une avant qui, elle, n'a même pas pu se faire recevoir! Il y a eu aussi de belles brochures qui ne sont pas parvenues aux destinataires, et cette fois la commission arrive à temps! Je trouve donc étonnant qu'on l'attaque si acrimonieusement. Par exemple, nous tenions au diplôme et on nous l'accorde. Il est vrai que M. Touchard a commis une erreur en parlant de deux ans, il a confondu avec l'ancienne loi.

En résumé la commission nouvelle a obtenu ce que l'ancienne n'a pu obtenir et nous devons conséquemment la remercier de ce qu'elle a fait pour nous.

M. Dubois. — Je suis heureux que les membres de l'Association puissent enfin rompre le long silence auquel ils étaient condamnés. Quand nous avons appris dans le *Bulletin Médical* que le Sénat exigeait 5 ans d'exercice pour continuer à exercer et interdisait les opérations aux dentistes exerçant en vertu des dispositions transitoires, nous avons jugé nécessaire un effort suprême. Je ne sais si c'est à la suite des dernières démarches que la commission sénatoriale a modifié son texte ; en tout cas je reconnais qu'aujourd'hui l'aggravation, comme l'a fait observer M. Gillard, est moindre que lors des premières décisions de la Commission, mais elle n'en existe pas moins, et le texte de la Chambre des députés nous était plus favorable. Quoi qu'il en soit des causes de ce résultat, ce n'est pas une raison pour profiter de circonstance exceptionnelles pour adresser des reproches à qui ne les mérite point. Comment, parce que la Chambre des députés a changé brusquement son ordre du jour, nous serions la cause de la discussion écourtée et du non-examen de nos doléances? Depuis 10 ans que des rapporteurs successifs s'occupent de la réglementation est-ce que jamais on a parlé dans des termes acrimonieux de leur rôle et de leur action? Comment, vous êtes les plus forts et vous n'avez pas conscience de votre rôle! Vous n'essayez pas de rallier les dissidents! Au contraire vous élargissez le fossé qui sépare deux groupes de cette Association. Pourquoi, comme précédemment, ne demandez-vous pas aux dentistes de se grouper pour obtenir des conditions possibles? Vous voulez jeter dehors tous ceux qui ne sont pas de la coterie! Eh bien, j'estime que cette conduite est sans précédent dans notre histoire professionnelle. Depuis 10 ans nous sommes divisés sur cette question et jamais nous n'avons eu à l'adresse de nos contradicteurs des paro-

les comme celles que nous venons d'entendre. Cette innovation dans nos traditions est malheureuse et je suis bien fâché d'avoir à protester contre elle. J'examinerai ensuite la question dans son ensemble.

Quelle est la situation actuelle et qu'avons-nous à faire? Après le vote de la Chambre l'Association a émis des vœux, la commission actuelle les a repris et les a défendus. Elle nous fait un grief de notre insuccès. Qu'a-t-elle obtenu? Rien. Au contraire qu'on compare les textes : il est évident qu'il y a aggravation des dispositions transitoires. Nous avons des diplômés de l'année dernière et de cette année, des opérateurs, des mécaniciens, qui vont se voir fermer la profession tandis que les barbiers, qui ont pris précédemment patente, pourront se l'ouvrir! La Commission n'a donc rien obtenu sur ce point.

Elle n'a pas obtenu davantage satisfaction sur la question de l'anesthésie locale. Les dentistes exerçant en vertu des dispositions transitoires ne pourront pas la pratiquer, ne seront pas dentistes, car que dit la loi?

« Cette tolérance ne donne, dans aucun cas, aux dentistes se trouvant dans les conditions indiquées au paragraphe précédent le droit de pratiquer l'anesthésie. » Il y a anesthésie tout court, tandis que précédemment il y avait anesthésie générale, et comme on ne sait pas ce qui sera décidé, en fin de compte, sur les conditions d'obtention du diplôme, il y a lieu de ne pas être satisfait. Je veux bien prendre pour de l'argent comptant les espérances de M. Touchard, mais enfin ce ne sont que des espérances et, en résumé, ceux qui n'auront pas le diplôme d'État seront privés du droit de pratiquer l'anesthésie. Pourtant il faut se rappeler que le Dr Chevandier prit à la tribune de la Chambre la défense de l'anesthésie locale. Qui donc l'avait sollicité d'intervenir, si ce n'est mon collègue Godon et moi? Les quelques paroles prononcées par M. Brisson n'ont pas été sans importance. N'étaient elles pas dues aux démarches faites par MM. Lecaudey, Godon et Dubois?

Maintenant il y a un point qui est une concession véritablement plus avantageuse que ne le portait le texte de la Chambre. D'après les disposition transitoires, le dentiste qui bénéficie de celles-ci pourra obtenir le diplôme d'Etat, dans des conditions autres que celles imposées aux étudiants dentistes. Si cela est dû exclusivement à l'action de la commission, je l'en félicite sincèrement, car, assurément, il y a un pas de fait. Quelle sera la situation? Pour tous les dentistes ayant 2 ans, l'obtention du diplôme d'Etat sera possible et, par suite, la pratique de l'anesthésie locale. Quant à l'anesthésie générale, ne la réclamons pas, car on imposerait aux jeunes dentistes des examens moins abordables, et contentons-nous de l'anesthésie locale.

Enfin le rapport ne dit pas ce qu'il reste à faire. Ne peut-on donc plus rien obtenir et ne devons-nous plus que rendre des actions de grâces à la commission actuelle? Nous ne le croyons pas et, nous n'avons qu'à voir la question professionnelle en laissant de côté les personnes et qu'à proposer à tous les dentistes une formule qui les rallie sans distiction d'origine, je dirai même d'opinion. Des parlementaires savent qu'on peut faire l'union sur une question subsi-

diaire. Il est possible d'obtenir de tous les dentistes, même de ceux qui défendent la liberté, qu'ils signent une pétition demandant que les dispositions transitoires soient celles du *Dentists'Act*. Si, par une manifestation unanime, nous demandons ce qu'on a fait en Angleterre, nous pourrons peut-être l'obtenir. En tout cas cette tentative ne nous nuira en rien. Je propose donc que les représentants de l'Association prennent l'initiative d'une pétition sollicitant du Gouvernement de la République française les mêmes dispositions transitoires que celles concédées par le Gouvernement de la monarchie anglaise.

Quant à l'anesthésie, il est certain qu'un grand nombre d'entre nous pourront obtenir le diplôme, quand même on hérisserait l'examen de difficultés. En tout cas, disons hautement que nous pratiquons l'anesthésie locale sans grand danger et les victimes de la cocaïne faites par les médecins sont en nombre infiniment plus considérable que les victimes faites par les dentistes. Dans la pétition que nous avons à formuler, nous devons donc demander pour tous les dentistes la possibilité de pratiquer l'anesthésie locale, je le crois du moins.

M. Monod nous disait à notre séance de réouverture que, une fois la question de la réglementation vidée, la paix devrait se faire parmi les dentistes. Je pense qu'elle peut se faire avant et j'espère que ceux qui viennent de m'entendre ne trouveront pas que j'ai élargi le fossé qui les sépare.

M. Touchard. — M. Dubois a fait remarquer que j'ai été quelque peu incisif. Il est vrai que nous ne pratiquons pas la doctrine de Jésus-Christ qui recommande, quand on a reçu une gifle sur la joue gauche, de tendre la droite pour en recevoir une autre. Avec un peu de mémoire on se rappellera que, avant que la commission sénatoriale se réunît, on ne s'est pas gêné pour crier haro sur nous et quand des gens sensés et plus raisonnables crurent devoir abandonner le *statu quo*, des collègues ne craignirent pas de leur dire « qu'ils passaient par la porte basse, qu'ils se traitaient en pénitents, qu'ils recevaient la sainte hostie de la réglementation » ! Il ne fallait rien répondre à tout cela, n'est-ce pas ! Si j'ai cru devoir me montrer incisif, c'était pour répondre à quelques intéressés et pour indiquer quels obstacles votre commission avait rencontrés non seulement au dehors mais au sein même du Conseil de direction.

Moi aussi, j'ai eu l'occasion de reprocher à mon honorable collègue, M. Dubois, d'avoir une attitude agressive envers la Chambre, envers sa commission, qu'on a traitée d'incompétente !

M. Brouardel a grossi la verrue à la Chambre. Si les moyens qu'il a employés n'étaient pas de notre goût, nous n'en sommes pas la cause. J'avoue que je me représente difficilement M. Dubois se présentant devant M. Brouardel et celui-ci lui disant : « Comment vous me traitez d'incompétent dans votre journal et vous venez me demander des concessions ! » J'estime que quand on va solliciter quelqu'un on ne commence pas d'abord par le menacer de le frapper.

On chicane ce que nous avons obtenu. Oh ! le mérite n'est pas grand, en effet : nous avons demandé beaucoup pour avoir peu, mais enfin nous avons eu quelque chose. Il est toujours facile de

dire : « Vous n'avez rien fait ! » oui, mais à l'œuvre on connaît l'artisan. On vient de vous dire de faire des pétitions. Mais est-ce que la commission sénatoriale n'en a pas reçu, et une longue encore ? Avez-vous donc la prétention de changer ce qui est fait ? On nous a accordé des concessions ; eh bien, faut il nous poser en légistes devant la commission sénatoriale maintenant ? A-t-on tenu compte du rapport pourtant si condensé de M. Dubois ? Savez-vous ce qu'on m'a répondu à moi ? « Mais vous êtes des mythes dans la loi, on vous a reconnus : c'est un honneur, et vous n'avez plus rien à dire ! » Eh bien nous avons un texte de loi nous donnant satisfaction sur quatre points ; il en reste un, c'est vrai ; mais croyez-vous que d'autres eussent mieux fait ? Avant nous on a essayé et on n'a rien obtenu, peut-on sincèrement nous faire le même reproche?

Sur la question des deux ans la commission a son siège fait. Depuis 2 ou 3 ans que la loi est à l'étude, les mécaniciens ont pris patente et vous tous qui êtes établis, la loi ne vous vise pas. Je sais qu'il est pénible d'abandonner certaines personnes, aussi ne l'avons-nous pas fait. Mais dans le mécanicien il y a le dentiste, l'opérateur, qui a le droit de tout faire, hors l'anesthésie, et vous voulez qu'il puisse faire des opérations en dehors de nous ? Mais la commission sénatoriale ne le veut pas.

L'anesthésie, on nous l'accorde, et pourtant M. Bardoux, partisan de la liberté, voulait l'interdire. Il était également question d'interdire l'anesthésie locale — on nous laissait l'anesthésie externe. Je demandai à M. Cornil où celle-ci commençait et où elle finissait ; il me répondit : « Les pulvérisations, par exemple. » — « Mais, lui répliquai-je, les anesthésiques employés en ce moment ont été inventés par les dentistes. Puis, croyez-vous que les docteurs, quels qu'ils soient, soient bien experts en anesthésie ? » Il me fut répondu : « L'anesthésie locale vous sera accordée, mais l'anesthésie générale ne vous le sera jamais. »

Je fis part du résultat de ma mission à M. Dubois, et lui qui parlait tout à l'heure d'union ne se gêna pas pour publier un petit entrefilet dans lequel il demandait ce que faisait la commission de réglementation. On voulait nous empêcher les opérations, disait-il. J'avoue, pour ma part, n'avoir vu cela nulle part. Hormis les cas d'urgence, ajoute-t-on, et il sera toujours facile de dire qu'il y avait urgence.

Tout à l'heure on nous accusait d'être incisif. Mais était-ce pour servir la cause de la réglementation que M. Dubois, insérant le projet de la commission sénatoriale, mettait 5 *ans de pratique* quand la *Revue Odontologique* disait seulement 2 ans ? Cela a certainement jeté l'émoi dans la profession. M. Dubois, au lieu de tant se presser, au lieu de commettre une erreur, sans doute voulue, aurait pu attendre un peu et voir que ceci n'était pas décidé.

Quoi qu'il en soit, nous n'avons pas l'intention de nous borner à ce que nous avons déjà fait, mais nous avons le devoir de déclarer que si vous trouvez que nous n'avons rien fait ou pas assez fait, vous mettiez en d'autres mains la mission que vous nous avez confiée.

M. Viau. — La parole est à M. d'Argent qui l'a demandée depuis un moment.

M. d'Argent. — Je n'ai rien à dire si ce n'est que la commission nous ayant communiqué ce qu'elle avait fait, je trouve qu'il n'y a pas autre chose à faire.

M. Roy. — Il est regrettable qu'on ne nous ait pas lu la loi tout entière, car alors on aurait pu s'assurer que les dentistes ne sont pas traités, comme les officiers de santé. Voyez, par exemple, les art. 30, 31, 33, 34, et 35 ; ils laissent les officiers de santé, les médecins étrangers et les sages-femmes, continuer l'exercice de leur profession comme avant la loi tandis que, pour les dentistes, ils exigent 2 ans de patente.

M. Viau. — Vous ne tenez pas compte de ce que les sages-femmes ont déjà un diplôme d'Etat !

M. Roy. — Mais l'étudiant en médecine, qui pourra continuer à prendre ses inscriptions, n'en a pas, lui !

M. Bonnard. — M. Roy a-t-il un moyen d'empêcher l'effet de la loi ?

M. Roy. — Si nous ne pouvons pas empêcher la chose, nous avons du moins le droit de protester de toutes nos forces. En tout cas je constate que les partisans de la liberté ont tenu une conduite beaucoup plus digne et n'ont jamais attaqué leurs confrères. Pour juger cette différence, il suffit de lire la note publiée dans l'*Odontologie* à la suite du manifeste de la Ligue.

M. Touchard. — Je ne sais pas si l'article signé Claser et la brochure de M. Godon étaient des amabilités.

M. Bonnard. — Je ne comprends pas qu'une société comme la Ligue, qui a de si bons principes, ait lancé l'épithète de *soliveau* à l'égard du vénéré directeur de l'Ecole, qui est l'honneur de la profession.

MM. Chauvin et Roy. — C'est M. David qui a ainsi insulté M. Lecaudey.

M. Bonnard. — Je suis étonné qu'à la suite de cet article il ne se soit pas trouvé d'hommes soucieux d'effacer cette mauvaise impression en publiant le lendemain une protestation !

Les partisans de la liberté professionnelle n'ont jamais rien dit, prétendez-vous. Eh bien, récemment encore, on a prétendu que quelques-uns d'entre eux avaient fait une démarche auprès du directeur de l'Assistance publique, à la veille de notre séance de réouverture, pour le détourner de venir la présider et nous mettre ainsi dans l'embarras. Quels sont ceux qui ont fait cette démarche ? J'ai honte de le dire, ce sont des gens attachés à la fondation de l'Ecole et chargés de la diriger.

M. Godon. — J'ai demandé la parole pour répondre à M. Touchard, qui nous a attaqués je répondrai en même temps à M. Bonnard. Je n'avais pas l'intention de parler dans cette réunion. Notre rôle, en effet, est terminé. Nous n'avons pas changé d'opinion depuis 13 ans, nous l'avons assez souvent exprimée, nous n'avons pas à y revenir. Nous regrettons l'attitude qu'a adoptée la majorité. Quant à la Commission je ne veux pas discuter ce qu'elle a fait au Sénat. Mais pourquoi M. Touchard attaque-t-il la Ligue aujourd'hui et

qu'a-t-elle à faire dans son rapport? Nous ne vous avons pas attaqués, c'est vous qui avez rompu le pacte d'union. Il ne faut donc pas nous reprocher de nous être séparés de vous, puisque cette séparation s'est faite parce que vous supprimiez dans vos revendications les principes que nous n'avons cessé de défendre.

M. Touchard. — On ne vit pas avec les principes !

M. d'Argent. — Pour ma part, je ne suis pas venu à l'Ecole pour la liberté.

M. Godon. — Soit, mais il évident que vous êtes venu ici profiter de l'enseignement et des institutions crées sous le régime de la liberté par nous, les partisans de cette liberté.

M. d'Argent. — Les bénéfices que nous avons recueillis, nous les avons assez payés de nos finances.

M. Godon. — Il est véritablement singulier de voir un membre étranger à la profession et à la France, venu ici pour profiter de l'une et de l'autre, ancien élève de l'Ecole, aujourd'hui un de ses fonctionnaires, tenir ce langage. — Je ne crains pas de le dire, il y a d'autres étrangers ici, il n'en est pas un qui approuve les paroles prononcés par M. d'Argent, ils sont reconnaissants de l'enseignement que l'Ecole leur a donné et ne croient pas l'avoir assez payé de leurs finances. Vous devriez être le dernier, Monsieur d'Argent, à tenir un semblable langage.

Vous nous avez obligés à nous séparer de vous, disais-je donc il y a un instant. Oui, mais malgré cela, dans aucun cas vous ne nous avez vus nous livrer à des attaques personnelles. Tout à l'heure on nous faisait le reproche d'avoir, malgré les décisions de la Société, persisté dans notre attitude pour la défense de la liberté. Mais, le jour de l'inauguration, j'ai eu une conversation avec M. Monod en présence de MM. Chauvin et Pigis, je lui dis : « Considérez-vous qu'en attaquant le projet de la loi dont vous êtes l'auteur nous puissions nuire à notre institution dans l'esprit du gouvernement? » Il nous répondit : « Vous faites votre devoir comme citoyens d'un pays libre en défendant vos convictions, vous devez continuer à les défendre jusqu'au vote de la loi. » Ceux donc qui nous reprocheraient notre attitune seraient plus réglementateurs que le gouvernement. L'autre jour encore, un ministre répondait à un de nos amis qu'il se souciait fort peu de la loi et ne s'en occupait point ; qu'il était du reste pour une solution libérale.

M. Touchard. — D'autres s'en occupent pour lui.

M. Godon. — Quant aux prétendues améliorations que vous dites avoir obtenues je ne m'en occupe pas, je trouve la loi aussi mauvaise actuellement qu'auparavant. L'enseignement des dentistes va se trouver entre les mains du Conseil supérieur de l'instruction publique, corps incompétent au point de vue technique, l'intervention de l'Etat sera néfaste à notre profession. Il y a dix ans on trouvait que nous avions raison, j'ai la conviction que, dans dix ans, nos confrères trouveront que nous avions encore raison.

M. Dubois. — Voyez de quelles armes empoisonnées on se sert contre de vieux serviteurs de l'Ecole ! On essaye de mettre en opposi-

tion M. Lecaudey à M. Godon ! J'estime que l'accusation de M. Bonnard est très grave et qu'il faut y répondre. Comment ! on fait une confusion entre M. Vasseur et M. Claser et de plus on se sert d'une insulte lancée à notre doyen par M. David pour nous la reprocher à nous !

Le mot *avantages personnels* a été prononcé pour la première fois dans le rapport de M. Touchard. Mais l'opposition a le droit d'être beaucoup plus intransigeante que le Gouvernement.

M. Touchard a dit que la mission de la Commission n'est pas terminée ; eh bien, s'il reste quelque chose à faire pour obtenir d'autres dispositions transitoires et l'anesthésie, j'estime que vos signatures peuvent avoir quelque poids. Je n'ambitionne à remplacer personne, je ne demande qu'une loi assez large pour que les dentistes exercent bien leur profession ; j'ai voté pour deux membres de la Commission actuelle, notamment pour M. Touchard, et je voterai encore pour lui, demain, s'il le faut. Mais ses démarches ne seront-elles pas mieux écoutées si les dentistes, laissant de côté leurs querelles sur ce point, demandent, non plus seulement avec l'appui d'une Commission de réglementation, mais avec celui de tout le corps professionnel, que l'anesthésie locale leur soit conservée ?

Je vous demande d'appuyer ma proposition de pétition et, vous aurez fait œuvre d'union et de concorde.

M. Touchard. — Il est impossible à la Commission d'accepter la proposition de M. Dubois. Des pétitions ont déjà été faites, et sans résultat, tandis que nous avons obtenu quelque chose sans pétition. Il ne nous est pas possible d'ailleurs de laisser passer une proposition qui signifierait que nous reconnaissons n'avoir rien fait. M. Godon voudra bien convenir avec moi qu'il a cédé à un sentiment d'union et de concorde, lui, le seul qui n'ait jamais varié, en acceptant de fait la réglementation quand elle n'était qu'en projet, le 15 mars 1890; à plus forte raison ne devriez-vous pas protester, maintenant qu'elle est votée.

M. Godon. — Le projet que j'ai signé en 1890 contenait en tête un vœu en faveur de la liberté, je suis toujours disposé à signer un projet semblable. La principale critique que je fais au projet de la loi, c'est que c'est au Conseil supérieur de l'instruction publique qu'appartiendra le soin de préparer les programmes d'examens et par suite des programmes d'études.

M. Touchard. — En matière législative la Chambre des députés ne peut établir le programme de ce qu'on demandera dans les examens. Mais vous avez la possibilité de faire des démarches.

M. Barrié. — Je ne croyais pas mériter les foudres de M. Godon parce que les anciens élèves de l'Ecole pouvaient se poser en réglementateurs. Il y avait, pour ma part, passablement de temps que j'exerçais quand je suis venu lui demander ses lumières. Vous avez une opinion, vous la soutenez, les autres en font autant, anciens élèves ou non.

M. Bonnard. — Je vous demande d'abréger la discussion et je propose l'ordre du jour suivant :

« Les membres de l'Association générale des dentistes de France réunis ce soir, persuadés que la Commission de réglementation char-

gée de représenter l'Association près des pouvoirs publics a fait tout ce qui était possible dans l'intérêt général, lui votent des remerciments et lui confirment ses pouvoirs, en l'engageant à continuer ses démarches.

» Signé : Bonnard, Gillard, Delaunay, Josef, Videau. »

M. Dubois. — Je dépose la proposition suivante :

« L'assemblée générale de l'Association générale des dentistes de France tenue le mardi 12 janvier décide de prendre l'initiative d'une pétition demandant au Sénat d'accorder aux dentistes exerçant actuellement la continuation du droit de pratique et la faculté d'administrer l'anesthésie locale. Signé : Dubois. »

M. Roy. — Je demande qu'on consulte l'assemblée sur la priorité.

M. Touchard. — Au nom de la Commission de réglementation, je déclare ne pouvoir accepter l'ordre du jour de M. Dubois. Ou vous nous confirmerez nos pouvoirs ou vous nous les retirerez. Maintenant si, *à titre de vœu*, l'assemblée demande qu'une pétition soit adressée et de nouvelles démarches faites auprès des sénateurs isolément, nous n'y voyons pas d'inconvénient. En tout cas la Commission accepte l'ordre du jour de M. Bonnard.

M. Dubois. — Le principe de la pétition étant accepté par la Commission, je retire ma proposition.

Un membre. — Mais la pétition est acceptée avec l'agrément de la Commission !

M. Dubois. — Dans ces conditions je reprends mon ordre du jour.

M. Bonnard. — La pétition arriverait trop tard.

M. Touchard. — La Commission accepte le vœu formulé d'une pétition, mais reste juge de l'opportunité de celle-ci.

M. Dubois. — Alors je maintiens mon ordre du jour, car je trouve la pétition désirable. Vous ne pouvez dire qu'une chose contre elle, c'est qu'elle pourra être inutile mais non nuisible. Et puisque la chose n'est pas nuisible, elle vaut la peine qu'on l'essaye.

M. Touchard. — Mais la Commission l'accepte !

M. Chauvin. — Pas de la même façon, puisque M. Bonnard trouve tout bien. La pétition devra être couverte de signatures et il n'y a pas à savoir si la Commission l'accepte platoniquement. Maintenant, deux ordres du jour sont en présence ; il est de droit que la priorité soit accordée à celui qui est le moins favorable, celui de M. Dubois.

M. Bonnard. — Mais vous ne formulez pas de blâme ! Je demande donc la priorité pour mon ordre du jour.

M. Touchard. — La Commission accepte l'ordre du jour de M. Bonnard avec un vœu en faveur de la pétition et considère celui de M. Dubois comme un blâme.

M. Gravollet. — Pourquoi, puisque la Commission se rallie au vœu de M. Dubois, ne ferait-on pas un seul ordre du jour : celui de M. Bonnard auquel on souderait celui de M. Dubois ?

M. Dubois. — En présence de confrères nous n'avons pas à exprimer des vœux mais à prendre des décisions. Or il y a dans l'ordre du jour de M. Bonnard des choses que je n'approuve pas complètement,

de sorte que, si les deux propositions sont réunies j'en demande la disjonction au moment du vote.

L'ordre du jour de M. Bonnard est mis au voix. 33 voix se prononcent pour son adoption, 23 contre.

M. Gravollet. — Je demande la contre-épreuve, ces chiffres n'étant pas généralement adoptés.

A la contre-épreuve, l'ordre du jour Bonnard réunit 30 voix pour l'adoption.

M. Quincerot. — Pourquoi les partisans de la liberté se sont-ils entourés dans leur campagne de membres étrangers à la profession? Je trouve qu'à ce point de vue ils sont blâmables et ne doivent pas prendre l'intérêt des dentistes alors qu'ils ont manqué à leur devoir.

M. Viau. — Il nous reste à voter sur la proposition de M. Dubois.

M. Touchard. — M. Dubois demande qu'une pétition soit adressée au Sénat. Sous le bénéfice de cette réserve, j'appuie la proposition de M. Dubois.

La proposition de M. Dubois est mise aux voix et adoptée.

La séance est levée à minuit.

Le Secrétaire général,
TUSSEAU.

BIBLIOGRAPHIE

Les microbes de la bouche, in-8°, 392 pages avec 118 figures dans le texte. (Paris, Alcan, 1890), par le Dr Th. David.

Voici l'analyse que nous empruntons, de cet ouvrage au *Centralblatt f. Bactériologie B.X.* 1891, n° 18. Elle contraste quelque peu avec certaines critiques, qui ont été faites en France, dans un intérêt que nous n'avons pas ou plus à rechercher.

» Cet ouvrage luxueusement édité réalise parfaitement le but poursuivi par l'auteur.

On y trouve appuyée de figures, dont quelques-unes sont même coloriées, une étude très nette des microorganismes en général et une description minutieuse de tous ceux qui vivent dans la bouche et de là font irruption dans l'organisme pour engendrer des affections locales ou générales.

Le premier chapitre traite des généralités, des divers modes de préparation, des milieux de culture, des procédés de coloration...

Le second est consacré à l'étude détaillée des microbes saprogènes les plus importants (non pathogènes) et des différentes fermentations.

Le troisième chapitre traite de microorganismes pathogènes que l'on trouve ordinairement dans la salive : *Microbes de la septicémie salivaire, pneumocoque microbe de Pasteur, microbe de Friedlander, microbe de la suppuration*.......

Dans le quatrième chapitre l'auteur étudie les microbes qui engendrent les affections de la bouche et des dents, dont l'énumération dépasserait le cadre de cet article.

Le cinquième chapitre enfin contient les déductions pratiques et thérapeutiques et la prescription urgente des antiseptiques dans la guérison des dents.

Une table des matières très soignée rehausse la valeur du livre de M. David, qui fait grand honneur à l'art dentaire français.

Dans une préface élogieuse M. Pasteur reconnait le mérite de l'auteur;

nous sommes du même avis que le grand bactériologiste, excepté cependant quand il dit : « Votre livre, qui est le premier livre de vulgarisation sur un tel sujet. » M. David n'est pas en effet le premier qui ait travaillé sur la bactériologie de la bouche; cet honneur revient au professeur Miller de Berlin, qui est du reste cité plusieurs fois par M. David.

L'ouvrage de M. David excelle surtout par les indications précises et complètes de la littérature médicale sur le sujet qu'il traite. La partie allemande n'y est pas omise.

Dans la partie thérapeutique il y a de nombreuses formules dont quelques-unes pourraient être simplifiées

Parmi les eaux dentifrices il manque celle de Jalkowski et l'eau chloroformée que le signataire de cet article recommande si chaudement.

Le livre de M. David mérite d'être lu et considéré même en Allemagne. Le prix de dix francs est très modéré. M. KIRCHNER.

NÉCROLOGIE

Une erreur de copie nous a fait dire dans notre dernier numéro que M. Ash qui vient de mourir est le fondateur de la maison existante, c'est le fils de celui-ci qui a succombé, M. Georges Claudius Ash ; il est décédé à Londres le 17 janvier dans sa 78e année.

Sa santé, déjà chancelante depuis un an, ne lui permit pas de résister à l'influenza qui l'a emporté en quelques jours.

M. G C. Ash, après avoir fait son apprentissage à Londres chez feu M. Thomson, chirurgien-dentiste, s'établit lui-même chirurgien-dentiste. Il renonça bientôt à cette profession pour s'associer avec son père dans la maison connue depuis longtemps sous la raison sociale de Claudius Ash et fils.

Nous n'insisterons pas sur les progrès et les perfectionnements réalisés par lui en faveur de l'outillage et des matériaux professionnels. C'est un fait acquis et cette réputation est incontestée parmi les confrères.

Mais, en ce qui nous concerne, nous ne pouvons que déplorer la perte d'un des premiers souscripteurs de l'*Ecole Dentaire*, un bienfaiteur de la première heure qui nous a prodigué les dons et les encouragements.

Il contribua largement à la première installation de l'Ecole en nous fournissant gratuitement les principaux instruments.

Il nous donna également un fauteuil d'hôpital dentaire. C'est celui qui a été adopté comme modèle-type lorsqu'on en fit fabriquer d'autres.

Tous les ans, des prix consistant en instruments furent remis en son nom, aux lauréats à la distribution des récompenses dans la séance de réouverture des cours.

Nous lui adressons, au nom de l'*Ecole Dentaire de Paris*, un adieu reconnaissant ! Ed. LÖWENTHAL D. E. D. P.

Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Busquet, décédé à l'âge de 63 ans. Il exerçait depuis plus de 30 ans.

Nous exprimons tous nos compliments de condoléance à sa famille.

LE DOCTEUR TH. DAVID

L'Ecole dentaire de Paris et le corps professionnel tout entier viennent de faire une perte cruelle en la personne du Dr Th. David, enlevé prématurément et après une courte maladie à l'âge de 42 ans. Cette perte sera vivement ressentie par tous ceux qui s'intéressent à l'existence de l'Ecole.

Chacun sait la place considérable qu'il occupait dans la science et dans la profession, sans parler du rôle qu'il jouait depuis peu et surtout qu'il était appelé à jouer dans la vie publique. Il s'en va, en effet, juste au moment où sa présence à la Chambre et au Conseil supérieur de l'Instruction publique pouvait nous rendre le plus signalé des services.

Il était né le 11 octobre 1851 à Saint-Léger (Basses-Alpes). Après de brillantes études dans les lycées de Nice et de Mâcon, il prenait ses inscriptions à la Faculté de médecine de Montpellier, passait par celle de Lyon et se faisait recevoir docteur à celle de Paris en 1877. Sa thèse inaugurale fut couronnée.

Après cette brillante sortie, il s'adonna spécialement à l'étude des maladies de la bouche et sut rapidement, par de remarquables et nombreux travaux, se faire une réputation qui attira sur lui l'attention de l'Administration. Il fut successivement médecin de l'Ecole polytechnique, de plusieurs lycées, de l'hôpital de la Pitié, etc.

Infatigable au travail, esprit chercheur et doué d'une grande pénétration, Th. David acquit bientôt une célébrité très justifiée comme praticien et comme homme de science. De toutes les sociétés scientifiques, il a été successivement le collaborateur et est resté l'ami des grands savants Paul Bert, Verneuil, Trélat, Pasteur, etc. Il venait d'achever avec l'illustre académicien un remarquable traité sur les microbes de la bouche.

De pareils titres justifiaient le choix qu'en fit M. Lecaudey en 1884 pour lui succéder comme directeur de l'Ecole dentaire de Paris et, pendant les cinq années qu'il a conservé ces fonctions, il n'est que juste de dire qu'il a su donner au-delà de ce qu'on attendait de lui.

Sous son habile direction l'Ecole atteignit un degré de développement qu'elle n'avait pas connu jusque-là et c'est à lui, en grande partie, qu'elle doit ce qu'elle est aujourd'hui.

Mais ce n'est pas seulement comme Directeur de l'Ecole dentaire de Paris que le Dr David mérite notre reconnaissance, c'est surtout pour l'ardeur qu'il avait mise à embrasser la cause de la profession au moment du vote de la loi sur l'exercice de la médecine. A la Chambre, en commission et en séance, au Sénat, devant les commissaires, on le trouve toujours prenant

en main les intérêts des dentistes et s'efforçant d'obtenir des atténuations et des avantages dans la loi nouvelle. On peut dire hardiment qu'on lui doit une partie des dispositions qui l'ont adoucie.

Il était entré à la Chambre aux élections législatives de 1889, comme député de l'arrondissement de Puget-Théniers, son pays natal, et avait su se faire, parmi ses collègues, une place que personne ne lui contestait.

Depuis 1886 il était chevalier de la Légion d'honneur — il avait alors à peine 35 ans.

Cette haute situation, le docteur David la devait à sa persévérance au travail, à sa vive intelligence ; elle est son œuvre et lui appartient tout entière, et son mérite est d'autant plus grand qu'il n'avait pas à sa disposition les moyens que la fortune permet d'employer.

Il est mort à l'âge où les intelligences en pleine maturité donnent les meilleurs résultats.

Le Conseil de direction de l'Association générale des dentistes de France qui, tout récemment, pour reconnaître ses nombreux services, lui avait décerné les titres de directeur honoraire et de professeur honoraire de l'Ecole, s'est fait représenter à ses obsèques par une délégation de six membres et avait envoyé une couronne portée par six élèves.

Au cimetière, où une assistance très nombreuse était réunie, M. Lecaudey a prononcé, d'une voix émue, une courte allocution pour exprimer la reconnaissance de l'Ecole et de la profession à celui qui fut le Dr David. La Rédaction.

ALLOCUTION DE M. LECAUDEY

C'est au nom de l'Ecole dentaire de Paris dont il fut, pendant cinq années le directeur, que je viens exprimer ici la reconnaissance qu'elle garde au docteur David.

Intimement pénétré des regrets que nous cause à tous cette mort si prématurée, j'adresse sur cette tombe, à celui qui se dévoua à nous nos remerciements émus.

L'Ecole dentaire de Paris est en partie redevable au docteur David de sa prospérité. Nous avons admiré tous avec quelle intelligence et quelle hauteur de vues, — après avoir été, ainsi qu'il disait lui-même, un adversaire de notre institution, — il en est devenu le zélé défenseur. Tous ceux qui ont vécu à ses côtés connaissent l'infatigable activité qu'il mit au service de notre cause ; nous ne saurions oublier l'éclat que lui ont dû les séances de réouverture de nos cours, et le précieux appui de son prestige qui nous a fait obtenir la reconnaissance d'utilité publique.

Mais son rôle a été plus large encore : en s'employant au

bien, il visait mieux que l'avantage d'un établissement privé, il songeait à des intérêts collectifs : — nous avons tous présents à la mémoire ses ardents plaidoyers, son intervention répétée pour la réglementation de l'art dentaire. Tous — et particulièrement ceux qui ont eu le plaisir de l'approcher — savent avec quelle belle chaleur il a embrassé la défense de notre profession, avec quel empressement il s'est employé à rendre la loi conforme à nos vœux ; tous, savent aussi, comme on a, particulièrement à cet effet, eu recours à sa compétence.

Par la tenacité avec laquelle il a soutenu notre cause, le docteur David restera toujours dans notre souvenir comme bienfaiteur de notre profession, et sa perte n'est pas un deuil seulement pour ses parents et ses amis, mais pour ceux-là aussi qu'il aida de sa collaboration, de son dévoûment. En leur nom à tous, j'exprime au mort qui nous fut bienveillant, nos douloureux, nos profonds regrets.

TRAVAUX ORIGINAUX

LA PHAGOCYTOSE

Par M. Joseph

Communication à la Société d'Odontologie.

Séance du 8 mars 1892.

Vous venez de pratiquer une extraction laborieuse dans la région postérieure de la mâchoire inférieure. L'opération a nécessité l'application du davier à plusieurs reprises, l'intervention de la langue de carpe et du pied de biche. Malgré les difficultés opératoires, l'extraction a été complète ; vous n'avez rien laissé dans votre alvéole ; point de fracture étendue du rebord alvéolaire, point d'esquilles irritant la gencive, point d'hémorragie inquiétante ; le patient, à constitution délicate, sensible, vous quitte avec l'espoir de ne plus souffrir.

Mais le lendemain ou deux jours après, suivant les circonstances, le malade vient vous trouver. Il se plaint de douleurs dans la région sous-maxillaire du côté correspondant à la dent extraite, de difficulté de déglutition, de céphalalgie, de fièvre. Vous diagnostiquez une adénite sous-maxillaire, une amygdalite et même une angine, toutes au début de leur évolution. Vous prescrivez des gargarismes antiseptiques associés à l'iodure de potassium, des compresses extérieures avec des solutions résolutives. Vous recommandez au malade de se tenir toujours chaud, de rester chez lui et de venir vous voir. Lorsque, au bout de deux jours, le malade se présente dans votre

cabinet, vous constatez une amélioration notable de l'état préexistant sinon la disparition complète des phénomènes morbides.

Qu'était-il arrivé dans l'état du malade ? Comment l'extraction a-t-elle pu déterminer des désordres de cette nature ? Comment, sous quelles influences, la guérison s'était-elle effectuée si rapidement et si complètement ?

A l'heure actuelle, grâce au progrès des sciences expérimentales et surtout de la bactériologie, nous pouvons avec assez de précision répondre à ces questions dont la portée pratique est évidente.

L'avulsion de la dent, en créant une solution de continuité, a permis l'introduction dans nos milieux internes des micro organismes pathogènes qui étaient présents dans le champ opératoire ou à proximité. Entraînés par la circulation, ils ont été arrêtés dans les organes lymphoïdes, ganglions lymphatiques, amygdales, où ils déterminèrent la réaction inflammatoire que nous venons de constater.

Voilà en quelques mots la pathogénie des adénites et des amygdalites d'origine dentaire.

Les complications dont je viens de vous parler sont certainement peu fréquentes ; je dirai même qu'elles sont rares. Cela tient probablement à certaines conditions spéciales des régions voisines de la cavité buccale et je crois que les expériences que M. Viau et moi nous avons entreprises à ce sujet nous permettront de nous prononcer d'une manière plus précise à cet égard. En attendant il importe de savoir que ces désordres peuvent survenir sous l'influence de certaines conditions déterminées. Nous devons donc connaître non-seulement le mécanisme de leur évolution, mais aussi et surtout les conditions qui favorisent la progression ou la régression de cette maladie ainsi que la nature de notre intervention. Cela est d'autant plus important qu'il s'agit d'une affection dont la nature infectieuse n'est pas discutable, et qui, ultérieurement, dans des circonstances favorables, pourrait donner lieu à des désordres autrement sérieux.

Quelques mots me suffisent pour tracer la pathogénie des complications mentionnées. Il m'en faut bien plus pour l'explication des autres points non moins importants de la question, car je suis obligé dans ce but de faire appel à une théorie émise récemment par M. Metchnikoff, la théorie de la *phagocytose*.

Vous connaissez tous l'excellent travail de M. Bouchard sur le ralentissement de la nutrition. Vous connaissez donc aussi l'influence de cet état morbide de l'économie sur la guérison des maladies. La théorie de M. Metchnikoff n'est, en réalité, qu'une démonstration expérimentale ou du laboratoire des idées de M. Bouchard.

C'est en 1887 qu'il parut pour la première fois dans les *Annales de l'Institut Pasteur* un article intitulé *Sur la lutte des cellules de l'organisme contre l'invasion des microbes*. Avec une clarté et une simplicité admirables l'auteur expose la théorie la plus suggestive, la plus séduisante que l'on puisse imaginer. Elle a attiré l'attention de tout le monde scientifique. Comme toutes les grandes découvertes, elle a fait naître des objections plus ou moins sérieuses, et il a fallu la patience et l'ingéniosité de M. Metchnikoff pour triompher de

tous les reproches qui lui ont été adressés et pour voir sa théorie recevoir une éclatante confirmation dans les recherches et les observations récentes.

La connaissance de cette théorie s'impose à tous ceux qui veulent concevoir l'essence des phénomènes compliqués qui se passent dans l'intérieur du tissu enflammé. Aucun auteur ne les a expliqués avec autant de netteté et de précision.

Presque tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître la nature microbienne du processus inflammatoire. Or M. Metchnikoff envisage ce processus comme une mise en défense de l'organisme contre l'invasion des microparasites. Il se produirait, selon lui, une lutte entre les éléments cellulaires de l'économie et les microbes qui y ont été éventuellement introduits.

M. Metchnikoff n'a pas improvisé sa théorie; il lui a fallu de nombreuses et longues expériences qu'exigent toutes les découvertes scientifiques sérieuses. En sa qualité de zoologue, il avait souvent l'occasion d'observer les luttes qui se passent entre les organismes inférieurs, véritables luttes pour l'existence : les amybes englobant dans leur intérieur la bactérie vulgaire, les petites monades dévorant les leptothrix buccalis dix fois plus grands qu'elles.

En poussant plus loin ses recherches, il a pu constater que certaines cellules des organismes plus complexes possèdent la même propriété d'englober non-seulement les corps inertes, mais aussi ceux doués d'une vitalité manifeste. Ses expériences sur les daphnies sont parculièrement intéressantes à cet égard.

La daphnie est un petit crustacé d'eau douce, très transparent, qui est souvent sujet au parasitisme d'un champignon inférieur, le *monospana bicuspidata*. Lorsque les spores de ce parasite arrivent avec les aliments dans le canal intestinal du crustacé, ils perforent, grâce à leur forme conique, la paroi de l'intestin et pénètrent dans le corps du petit animal. Mais sitôt que les spores apparaissent au-delà de l'intestin, les leucocytes arrivent, entrent en lutte avec chaque spore et, soit isolément, soit à plusieurs, parviennent à l'englober. Une fois englobés, les spores sont réduits à un amas de petits grains qui restent sans influence sur la vitalité du petit organisme.

Cette victoire des cellules n'est cependant pas un fait constant. Dans des cas plus rares, 20 sur 100, d'après l'auteur, les spores du parasite, en se multipliant rapidement, parviennent à envahir toute la cavité du corps. Les leucocytes, malgré toute l'activité qu'ils manifestent, sont impuissants à lutter contre le nombre écrasant de ces ennemis et la daphnie succombe.

Des phénomènes analogues, avec une complexité variable selon la perfection zoologique du sujet en expérience, se passent chez les organismes supérieurs. Chez l'homme, dès que les parasites se propagent dans les tissus cutané et sous-cutané, il s'opère une réaction inflammatoire au point correspondant. Les cellules lymphatiques éparses dans les mailles du tissu conjonctif arrivent à l'aide du point assiégé ; grâce à leurs mouvements amyboïdes, elles cernent bientôt leurs envahisseurs ; mais comme le nombre des leucocytes est nor-

malement peu grand dans ce tissu, ils font appel à des alliés du même ordre, globules blancs du sang, qui franchissent les parois vasculaires et viennent en foule combattre l'ennemi. Cette migration des cellules à travers les tuniques vasculaires, qui constitue le phénomène essentiel de l'inflammation, la *diapédèse*, sera d'autant plus abondante que les assaillants seront eux-mêmes plus massés et leur virulence plus active. Lorsque les éléments mobiles sont nombreux, lorsque leur vivacité naturelle n'a pas été modifiée par un état morbide de l'économie, ils triomphent presque toujours. Ils se jettent sur les microbes, les englobent et les digèrent, d'où le nom de *phagocyte* que l'auteur leur a donné.

« Le rôle des phagocytes, dit l'auteur, est ordinairement distribué entre deux espèces de cellules, les unes plus petites à noyau lobé ou multiple, les leucocytes dans le sens plus restreint du mot sont dispersées dans tous les tissus (cellules migratrices) et concentrées dans le système lymphatique et sanguin, d'où elles émigrent, en cas de besoin, dans chaque partie du corps envahie par les parasites. Je donne à ces cellules le nom général de *microphages*. J'adopte par contre le nom de *macrophage* pour toutes les sortes d'éléments capables d'englober les corps solides et munies d'un seul grand noyau difficile à colorer. » Ainsi les cellules endothéliales, celles de la rate, de la moelle des os, des organes lymphoïdes, les cellules fixes du tissu conjonctif, les cellules épithéliales des alvéoles pulmonaires, sont des macrophages.

La destruction des bactéries est bien réellement le fait des phagocytes, on peut s'en convaincre par l'expérience suivante de l'auteur. Il introduit sous la peau d'une grenouille un petit sac préparé avec de la moelle de roseau dans lequel il a placé un fil de soie chargé de spores charbonneux ; le sac a été lié et bien clos. En même temps il fait pénétrer dans un autre point du corps de l'animal un fragment de rate de souris charbonneuse. Lorsque, au bout de quelques jours, on examine le contenu du sac, on constate qu'il est rempli d'une masse de bactéridie charbonneuse parfaitement vivante, tandis que, dans l'autre point, les spores sont entièrement incorporés par les leucocytes. Cette différence dans les résultats obtenus s'explique aisément lorsqu'on considère la différence des conditions dans lesquelles l'élément parasitaire a été placé. En effet, dans le premier cas, les spores charbonneux étaient entièrement à l'abri de l'influence des phagocytes ; trouvant un milieu nutritif favorable dans la lymphe qui, par imbibition, pénétrait dans l'intérieur du sac, ils continuaient à germer et se multiplier, et cependant cette lymphe appartenait à un animal réfractaire. Dans le second cas, les bactéridies, mises en contact immédiat avec les microphages, ont été englobées et détruites.

Afin de démontrer que les bactéridies englobées par les cellules amyboïdes sont pour la plupart détruites, on se sert de la vieille solution de vésuvine qui possède la propriété de colorer en brun les éléments morts tandis qu'elle est sans réaction sur les éléments vivants. Lorsqu'on soumet à l'action de ce réactif une petite quantité

de sérosité prise sur un animal réfractaire, au point d'inoculation on constate, en effet, que les microparasites prennent immédiatement une coloration brune, tandis que les leucocytes manifestent leur vitalité par des mouvements amyboïdes.

D'une manière générale, les microbes englobés dans l'intérieur des cellules mobiles sont complètement détruits. Mais il n'en est pas toujours ainsi et lorsque les phagocytes sont affaiblis, lorsqu'ils sont frappés de *dyspepsie*, les microorganismes peuvent non seulement conserver toute leur vitalité et leur virulence, mais encore s'y multiplier. C'est ce qu'on observe dans nombre de maladies infectieuses chroniques, dans la tuberculose par exemple, maladie essentiellement lente où les cellules géantes ne sont autre chose que des phagocytes contenant dans leur intérieur un certain nombre de bacilles de Koch parfaitement vivants. Il ne faut cependant pas en conclure que les cellules migratrices restent inactives ; au contraire elles emploient tous leurs efforts pour combattre leurs envahisseurs ; elles réussissent même à en détruire quelques-uns ; mais elles n'offrent pas une résistance suffisante pour sortir victorieuses de la lutte.

C'est donc de la puissance destructive des phagocytes, qui est la propriété naturelle de ces éléments à l'état de santé, que dépendent la gravité et le pronostic des affections parasitaires. Lorsque l'organisme a été mal développé, lorsqu'il a été affaibli par une cause quelconque, lorsque les actes vitaux de l'économie sont ralentis, toute cellule isolée qui concourt à la constitution de l'édifice entier en subit l'influence ; leurs fonctions individuelles sont peu actives, leur solidarité avec les voisines et l'ensemble de l'économie est faible et aussi leur résistance est peu marquée. L'organisme ainsi constitué représente un terrain choisi pour la culture des éléments infectieux, l'éclosion et la généralisation de l'infection s'opèrent rapidement et l'issue fatale est presque toujours inévitable.

Voilà aussi brièvement que possible, et sans entrer dans les détails, l'essence de la théorie de la phagocytose. Elle est, comme vous le voyez, en accord intime avec les observations cliniques qui ont trouvé leur expression dans les idées de M. Bouchard.

Cependant, pour être juste, je crois devoir m'arrêter encore un instant sur quelques points qui se rattachent d'une façon directe à la théorie de la phagocytose.

J'ai dit que cette théorie a soulevé de nombreuses objections : on dit que ce ne sont pas les leucocytes qui englobent les microbes, mais que ceux-ci pénètrent de vive force dans l'intérieur des cellules ; une autre opinion pense que les microbes sont englobés vivants par les cellules, mais ils ont perdu de leur virulence. Mais l'objection la plus sérieuse est celle de M. Emmerich, qui prétend que les phagocytes englobent les microbes, mais lorsqu'ils ne sont plus vivants. M. Metchnikoff a cependant réussi à triompher de cette dernière et voici comment : il inocule une culture de bactéridie charbonneuse à des pigeons vaccinés, puis, au bout de quelque temps, il retire une petite goutte de l'exsudat contenant des bactéridies englobées par les phagocytes, la mélange à une goutte de bouillon et l'expose à la tem-

pérature convenable. En fixant sous le microscope les cellules qui contiennent dans leur intérieur des bactéridies, il est facile de voir que ces dernières se développent alors que les cellules, elles, sont tuées par le bouillon ; c'est ainsi que l'auteur a vu les bactéries englobées par les phagocytes s'allonger, s'infléchir en forme d'anse et même sortir au dehors des cellules qui les contenaient. Donc les microbes sont englobés vivants par les phagocytes. De plus les bactéridies ainsi obtenues et cultivées dans des milieux nutritifs appropriés ont donné à l'inoculation des résultats positifs ; leur virulence se trouve ainsi péremptoirement établie.

Un point mystérieux dominant toute la théorie de la phagocytose attire évidemment votre attention. Comment peut-on expliquer la raison de cette migration cellulaire, cette véritable mobilisation au loin des vaisseaux sanguins et organes lymphoïdes? A quelle impulsion obéissent les leucocytes?

Pour répondre à ces questions si importantes je crois devoir vous dire quelques mots sur un phénomène organique fort intéressant, la *chimiotaxie*.

Une opinion dont la vérité semble être définitivement jugée par les recherches expérimentales est que les maladies infectieuses sont provoquées non pas par les microorganismes, mais par les substances toxiques que sécrètent ces microorganismes. On a réussi, en effet, à isoler et à reproduire plusieurs de ces toxines dont les trois ordres connus sont les *ptomaines, les taxalbumines et les protéines. Or, c'est aux propriétés spéciales de ces toxines en rapport avec les cellules mobiles qu'est dû le phénomène de la migration des phagocytes.*

L'influence de ces produits toxiques sur les éléments cellulaires s'explique par la propriété que possèdent ces cellules d'être attirées ou repoussées ou de rester dans un état indifférent sous l'action d'agents chimiques déterminés. C'est cette curieuse propriété des leucocytes, qui a été l'objet des études multiples et qui est la base de la théorie actuelle sur l'immunité, qui constitue le phénomène connu sous le nom de *chimiotaxie*.

Les travaux nombreux qui ont paru sous l'impulsion de la théorie de la phagocytose montrent que la sensibilité, ainsi que l'état réfractaire d'un individu, peut être modifiée sous l'influence de conditions déterminées. Telles circonstances peuvent faire accroître le nombre et la voracité spéciale des phagocytes et aider ainsi à l'économie dans sa lutte contre ses envahisseurs ; telles autres, au contraire, en diminuant la puissance destructive des cellules migratrices, leur nombre, leur activité favoriseront la prolifération rapide des bactéridies et l'évolution des maladies infectieuses.

La connaissance de ces conditions spéciales nous permettra les recherches raisonnées des moyens grâce auxquels ces conditions pourront être réalisées. C'est là que commence le domaine de la thérapeutique.

J'insiste particulièrement sur les déductions thérapeutiques ; sans leur donner une valeur absolue, je les crois d'un intérêt et d'une utilité réels.

L'influence de la température joue un rôle important. Le froid diminue notablement l'activité des éléments phagocytaires et il suffit pour s'en convaincre de se rappeler la célèbre expérience de M. Pasteur avec la poule ; afin de la rendre sensible au charbon et la faire périr de cette maladie, il lui a suffi de la plonger dans l'eau froide.

Très démonstratives à cet égard sont les expériences de M. Wagner. Il inocule du sang charbonneux dans la chambre intérieure de l'œil de deux poules dont l'une seule est plongée dans un bain froid. Au bout de 48 heures l'œil de la poule témoin est très trouble, tandis que celui de la poule refroidie l'est peu. Cette différence d'opacité tient à ce que l'accumulation des leucocytes est très considérable chez la poule non refroidie, tandis qu'elle est insignifiante chez la poule refroidie ; inversement les bactéries pullulent dans l'œil de cette dernière alors qu'elles sont peu nombreuses dans l'œil de la poule témoin.

La chaleur exagérée produirait les mêmes effets ; mais l'élévation modérée de la température serait plutôt favorable à l'activité des phagocytes. On admet, en effet, que dans certaines maladies de nature infectieuse l'état fièvreux serait une circonstance désirable en ce sens que, grâce à l'élévation de température qu'il crée, il augmente la puissance de cellules amyboïdes et leur permet de lutter avec plus d'avantage contre les microparasites.

Cela nous permet de comprendre la conduite du praticien en ces circonstances et nous explique pourquoi nous devons conseiller aux malades après les extractions d'éviter l'influence du froid, d'employer les gargarismes antiseptiques bien chauds et surtout d'éviter des révulsifs puissants.

Une autre condition non moins importante, c'est le traumatisme. L'influence de ce dernier sur la diminution des propriétés phagocytaires des cellules migratrices est parfaitement démontrée par Nociart et Roux : pour qu'une culture inoffensive devienne assez virulente pour tuer l'animal, il suffit de contondre fortement les muscles de la cuisse du cobaye, puis de faire l'inoculation au point meurtri. L'animal succombe 25 et 31 heures après. Cela s'explique très clairement, dit M. Queyrat. Au point contondu la vitalité a été arrêtée; les phagocytes n'ont pas pu arriver jusqu'aux microbes qui se sont développés à loisir à l'abri de toute intervention de l'organisme, ont sécrété leurs toxines et fini par tuer l'animal.

Ainsi le traumatisme opératoire dû aux extractions difficiles compliquées créait un terrain favorable à l'éclosion des éléments infectieux. La possibilité des accidents de cette nature doit toujours être présente à l'esprit de l'opérateur et la nécessité des moyens prophylactiques serait d'autant plus impérieuse que les lésions résultant du traumatisme seraient plus profondes et plus étendues.

Bon nombre de praticiens ont l'habitude de prescrire après les extractions des substances anesthésiques soit en gargarisme, soit extérieurement. Le chloroforme est un adjuvant très fréquent de nos collutoires; le chloral est assez souvent administré pour combattre les troubles de la sensibilité. Or il est absolument démontré que ces

substances, en déterminant l'anesthésie, paralysent l'activité des phagocytes Les injections de cocaïne agiraient dans le même sens.

En dehors de différentes conditions pathologiques ayant une affinité spéciale pour les complications post-opératoires, comme le diabète, il existe deux états physiologiques spéciaux sur lesquels je désire attirer particulièrement votre attention. Je parle de la *grossesse et de la menstruation.* Ce n'est pas que l'opération puisse apporter des troubles profonds dans les phénomènes propres à l'état même ; mais parce que à ces époques l'activité organique est essentiellement concentrée dans des régions déterminées, les autres points de l'économie sont sensiblement affaiblis et les chances d'infection sont certainement plus grandes.

Après cet exposé, je crois inutile d'insister longuement sur les complications mentionnées au début. Vous avez bien compris leur cause, leur nature, leur mode d'évolution, les conditions qui favorisent la production de ces accidents, celles qui vous aideront à les éviter et à les combattre. Je serais heureux si quelqu'un de nous pouvait en tirer quelques profits.

RAPPORT

Présenté au Conseil de direction de l'École dentaire de Paris, dans sa séance du 16 janvier 1892.

Par M. L. Lemerle, conservateur du Musée.

Messieurs,

J'ai l'honneur de déposer sur le bureau du Conseil d'administration de l'École dentaire le catalogue du musée : mais, avant de vous montrer toutes nos richesses et l'ordre que j'ai adopté pour les classer, j'ai cru intéressant de faire l'exposé et l'historique du premier musée odontologique fondé en France.

Son existence remonte à plus de 12 ans.

Depuis sa création plusieurs conservateurs se sont succédé.

Je suis heureux qu'il m'ait été réservé de mener à bonne fin ce travail très long et très minutieux.

Il ne s'agissait pas seulement de cataloguer, d'étiqueter toutes les pièces, il fallait encore vous les présenter dans un ordre facile à comprendre et à retenir et permettant de faire rapidement des recherches ; enfin il était nécessaire que toutes les pièces, et surtout les pièces anatomiques, fussent placées sur des socles uniformes et dans des vitrines dignes de contenir toutes nos richesses professionnelles.

Lorsque j'eus l'honneur, en 1889, d'être nommé conservateur du musée, je ne me dissimulai pas le travail considérable que j'entreprenais. J'ai fait tous mes efforts pour mener mon œuvre à bonne fin .. C'est à vous, messieurs, de juger si j'ai réussi. Quoi qu'il en soit et si modeste que soit mon travail, je suis heureux de vous le présenter et de penser que ceux qui me succèderont auront, du

moins, un chemin tout tracé, une division toute faite. Il leur suffira d'une légère tâche de tous les jours pour y maintenir l'ordre et cataloguer les pièces nouvelles. Tout ce travail n'aura pas été inutile et je suis persuadé que le premier musée dentaire, fondé à Paris, deviendra le premier musée de ce genre en France et à l'étranger. Cette ambition ne me semble pas exagérée d'après ce qu'a dit à ce sujet, M. Paul Dubois, dans son rapport sur l'*Art dentaire aux Etats-Unis* :

La plupart des écoles ne renferment pas de bibliothèque. Le musée y est assez restreint. Les pièces d'examen faites par les élèves en constituent le principal élément.

Comme nos confrères d'outre-mer, nous avons commencé la fondation du musée avec des appareils de prothèse mis au concours. Cette section constitue déjà une collection assez importante. En outre, nous possédons dès à présent un grand nombre d'anomalies dentaires, formées soit par les pièces elles-mêmes, soit par des reproductions en plâtre ; il en existe environ 300 exemplaires.

Notre collection d'anatomie comparée, quoique plus modeste, est déjà cependant assez intéressante. Nous y voyons une défense d'éléphant remarquable par son cas pathologique, qui, sur la demande et par l'intermédiaire de M. le colonel Reinhart, nous fut offerte par le roi d'Annam ; puis une magnifique tête d'hippopotame offerte par notre regretté professeur, le docteur Decaudin, etc...

Notre vitrine de prothèse a également une certaine importance, elle est même souvent consultée par nos confrères.

Je ne veux pas terminer cet exposé, messieurs, sans vous dire combien j'ai été secondé par mon ami, M. Prével, conservateur adjoint, dont les hasards d'un vote m'ont malheureusement séparé, presque au moment où nous terminions notre œuvre.

J'adresse également ici, des remerciements à M le Dr Marié et à M. Paul Dubois, car j'ai souvent mis leur science à contribution, et enfin à M. Löwenthal, conservateur adjoint.

Origine du musée.

La fondation du musée remonte à 1879, époque où plusieurs jeunes dentistes se réunirent pour former une société amicale et confraternelle. De cette réunion de jeunes praticiens est né tout ce qui nous entoure : école, société scientifique, syndicat professionnel, caisse de prévoyance, journal, bibliothèque, musée, etc...

Nous pouvons donc dresser l'acte de naissance de notre musée en prenant pour base la date d'autorisation préfectorale du Cercle des dentistes, c'est-à-dire le 30 mai 1879.

Quels sont les hommes qui ont contribué à sa formation ? Mais vous tous, messieurs, nos confrères de province, de l'étranger, de l'Amérique même. Chacun a voulu porter sa pierre à l'édifice commun.

J'ai cru cependant intéressant de rechercher dans nos archives et

nos journaux ceux qui se sont le plus employés à son édification, soit par leurs actes, soit par leurs dons.

Voici ce que j'ai trouvé dans le *Bulletin du Cercle des dentistes* du 1er novembre 1879. « Assemblée générale du 26 juin. — M. Turpin demande qu'il soit créé un musée renfermant les cas les plus divers qui se rencontrent dans nos opérations. » Un peu plus tard, je lis la note suivante dans le *Bulletin* du 1er décembre 1879. « Séance du 13 novembre. — M. Billard informe le cercle qu'il met à la disposition de tous ceux qui voudront faire des pièces pour le musée les dents dont ils auront besoin, et cela à titre gracieux. »

Comme vous le voyez, messieurs, l'élan était donné. Quelques mois plus tard, le *Bulletin* du 1er juillet 1880 publiait un premier programme de concours ainsi conçu : « Le Cercle des dentistes de Paris met au concours, tous les trimestres, une pièce ou appareil dentaire destinée à son musée. »

A cette époque, la bibliothèque avait devancé un peu le musée, car le *Bulletin* du 1er juillet 1880 publiait le premier catalogue de la bibliothèque, comprenant 75 volumes. Six mois plus tard, un nouvel appel était fait, par l'organe du *Bulletin* du 10 février 1881, à tous les généreux donateurs de la bibliothèque et du musée. Mais, faute d'une direction spéciale, notre musée ne prospérait pas, il restait stationnaire, tandis que la bibliothèque, grâce aux dons de nos confrères, MM. Lecaudey, Billard, Dugit, Ash, etc., augmentait tous les jours ; son catalogue mentionnait alors 150 volumes.

Nous arrivons enfin à la formation de l'Association générale des dentistes de France Le premier mai 1884, un premier conservateur du musée fut nommé : ce fut M. Blocman.

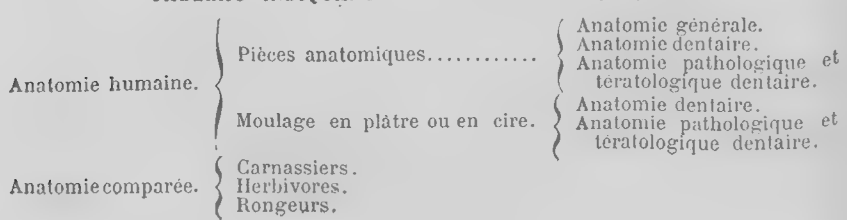
Il y eut alors un commencement de classification. Un premier catalogue fut ébauché. Trois ans plus tard, le premier février 1887, M. Gillard succéda à M. Blocman. Sous cette deuxième direction le musée resta encore un peu stationnaire. C'est en 1889 que j'eus l'honneur d'être nommé conservateur à mon tour, et depuis cette époque j'y ai consacré tous mes efforts. Aussi croyez que je suis heureux de venir vous dire aujourd'hui : votre musée est organisé, catalogué, et il renferme plus de 700 pièces anatomiques ou autres.

Classification.

Je crois utile, messieurs, d'expliquer ici l'ordre de classification que j'ai adopté pour cataloguer les pièces du musée.

Je les divise en six grandes classes qui se subdivisent entre elles.

TABLEAU INDIQUANT LES SIX GRANDES DIVISIONS



Anatomie humaine.	Pièces anatomiques	Anatomie générale. Anatomie dentaire. Anatomie pathologique et tératologique dentaire.
	Moulage en plâtre ou en cire.	Anatomie dentaire. Anatomie pathologique et tératologique dentaire.
Anatomie comparée.	Carnassiers. Herbivores. Rongeurs.	

Dentisterie opératoire.

Prothèse buccale...	Restauration faciale — obturateurs. Appareils de redressement. Dents et dentiers artificiels. Procédes de fabrication. Divers.
Outillage dentaire.	Outillage ancien. Outillage moderne.
Sciences naturelles.	Botanique. Minéralogie. Divers.

J'ai cependant quelques observations à vous faire au sujet de certains de ces groupes.

Dans la classe anatomie humaine, section anatomie pathologique et tératologie dentaire, j'ai pris pour base dans les anomalies dentaires la classification du Dr Magitot, en y apportant toutefois quelques modifications destinées à faciliter le classement des pièces anatomiques.

J'établis sept grandes classes d'anomalies dentaires au lieu de 9 indiquées par le Dr Magitot.

Ainsi je ne fais qu'une classe des anomalies de forme et des anomalies de volume. En effet, une dent qui a une couronne ou une racine plus grosse ou plus petite que le type normal peut être considérée comme n'étant en réalité qu'une anomalie de forme. Je ferai la même observation pour les anomalies de siège et les anomalies de direction, que je fais rentrer dans une même catégorie. Il est, en effet, bien difficile de dire, dans beaucoup de cas, où commence l'une et où finit l'autre. Enfin, j'ouvre des chapitres spéciaux aux affections de la pulpe, aux affections cémentaires, aux résorptions radiculaires et aux cas divers qui ne trouvent leur place dans aucun chapitre nommé.

Dans la classe anatomie comparée je n'ai pas fait pour le moment de subdivision, comme cela devrait être, c'est-à-dire classe des carnassiers, des herbivores, des rongeurs, etc... Cela tient à ce que notre collection n'est pas encore assez riche. Mais, dans quelques années, il sera facile de rétablir ces subdivisions, en prenant pour modèle la classification qui régit l'histoire naturelle. Pour le moment les pièces sont cataloguées par ordre de présentation.

Que résulte-t-il de ce que je viens de vous exposer, messieurs? C'est que notre musée est en bonne voie de formation, que le chiffre des pièces atteint par le catalogue est un chiffre respectable, et que nous devons faire tous nos efforts pour contribuer à enrichir notre collection. Que chacun de nous apporte, comme je le disais plus haut, sa pierre à l'édifice, et notre musée nous sera sous peu envié par l'étranger.

Je voudrais que tous ceux qui écoutent ou qui liront ce rapport soient persuadés de l'importance du musée au point de vue de l'enseignement des élèves. La meilleure description d'appareil que l'on pourra trouver dans un livre, si bien faite qu'elle soit, ne vaudra jamais la vue de l'appareil lui-même.

Et pour ne vous citer qu'un exemple, je vous rappellerai toute

l'importance des découvertes qui furent faites en Italie, d'appareils et d'instruments en usage chez les Romains, qui ont permis de se figurer comment les anciens remplaçaient les dents ou en pratiquaient l'extraction.

Ainsi, il a été possible de constater que l'or maintenant les dents artificielles des anciens Romains était très mince et mou et qu'il devait être plié et ajusté dans la bouche même.

Les collections de Pompeï et d'Herculanum nous montrent mieux que n'importe quelle description les instruments employés pour les extractions.

J'emprunte cette citation à *l'odontologie dans l'antiquité*, de M. le Dr Thomas, pour faire ressortir devant vous un point que l'on pourrait appeler le point de vue historique de la question, c'est-à-dire vous montrer que les appareils anciens eux-mêmes ne sont pas à négliger, car ils nous apprennent comment nos pères opéraient, soit pour extraire, soit pour remplacer les dents.

Tel vieil instrument ou appareil qui, dans un tiroir, chez un dentiste, n'a aucune valeur, en acquiert une très grande s'il est dans nos vitrines, car il sera quelquefois le point de départ d'un perfectionnement ou d'une simplification pour nos appareils modernes.

Oh! soyez persuadés que tout est utile pour nous, et que tel ou tel cas anatomique ou pathologique, tel ou tel appareil qui nous semble très vulgaire, servira peut-être un jour à établir des données ou des statistiques d'une grande importance.

Que d'exemples je pourrais vous citer à l'appui de la cause que je plaide devant vous?

Lorsque Watt découvrit la force de la vapeur, en remarquant les mouvements qu'elle imprimait au couvercle de sa marmite, ce simple observateur était loin de se douter que cette vapeur changerait un jour la face du monde; mais aussi que de savants illustres, que de physiciens et de mécanciens célèbres sont venus depuis ajouter leurs observations personnelles et leur initiative à l'idée première du grand inventeur!

Je fais un appel énergique à tous pour demander qu'on nous envoie des pièces anatomiques, des moulages d'anomalies dentaires, des instruments anciens et enfin des appareils de prothèse. Ce que je réclame surtout, ce sont des pièces de prothèse offrant des difficultés d'exécution ou des applications nouvelles, des appareils de redressement, des obturateurs, etc., etc.

La dentisterie opératoire est également peu représentée dans le musée et toutes les pièces pouvant entrer dans cette section seront reçues avec reconnaissance.

Je demande donc à tous de contribuer ainsi à cette grande œuvre de vulgarisation scientifique que nous poursuivons depuis onze ans, et avec succès, j'ose le dire.

Le nom des donateurs sera soigneusement inscrit. Tous ceux qui visitent notre musée et qui en profitent remercieront avec nous eux qui nous auront aidés.

Budget.

En tête de ce chapitre, messieurs, je ne puis m'empêcher de vous exposer la jalousie du musée envers sa sœur aînée, la bibliothèque.

Vous avez tout fait pour la bibliothèque et peu pour le musée.

Le Conseil accorde à la bibliothèque une subvention annuelle de 500 fr.; pareille somme est également fournie par un droit fixe prélevé sur les emprunteurs. De plus, il ne se passe pas d'année sans que deux ou trois crédits supplémentaires soient votés pour la bibliothèque, soit pour achat de livres ou aménagements nouveaux, soit même pour payer les honoraires d'un ou deux employés.

Pour le musée, pas le plus petit crédit n'est accordé. Aucun employé salarié n'a contribué à son organisation.

Certes, la bibliothèque a sa valeur par les services qu'elle rend tous les jours, mais le musée, soyez-en persuadés, a autant d'importance qu'elle, et si vous fournissez chaque année une subvention à celle-ci, il est juste que vous votiez de même une subvention pour celui-là.

Jusqu'ici il a puisé ses ressources dans les offres de généreux donateurs. Je veux nommer et remercier ici M. le Dr Etchepareborda, qui a offert à l'école 1000 fr. pour le musée, et M. Burdin auquel nous devons les belles vitrines qui ornent la grande salle d'opérations.

Pour augmenter nos ressources, j'ai loué quelques vitrines disponibles; mais, ce n'est là, messieurs, qu'une ressource momentanée. Il arrivera, un jour qui est proche, je l'espère, où le musée se verra dans l'obligation de donner congé à ses locataires, pour se mettre plus à l'aise.

Je fais donc un dernier appel à tous les dentistes soucieux du progrès de l'art dentaire. Les dons, soit en nature, soit en espèces, seront reçus avec reconnaissance par l'école dentaire.

Tout le monde sait les lourdes charges que s'impose la direction de l'école pour augmenter et perfectionner l'enseignement donné aux élèves. Tâchons donc, messieurs, d'éviter le plus possible de grever son budget; mais cependant, j'espère que le Conseil de direction voudra bien voter dans le budget de 1892 une subvention pour le musée, afin que nous puissions acheter des pièces de première nécessité. C'est d'ailleurs ce que l'on fait dans toutes les facultés et écoles de médecine : tous les ans un crédit est voté pour acheter des pièces anatomiques ou autres destinées à la démonstration.

Dans certains hôpitaux, il existe des musées très fréquentés et dont l'utilité n'est plus à démontrer C'est ainsi qu'à l'hôpital Saint-Louis sont rassemblées les pièces, soit naturelles, soit artificielles, qui peuvent servir à faciliter aux élèves des hôpitaux la connaissance de certaines affections qu'ils rencontrent rarement aux consultations.

Il est, messieurs, une autre ressource tombée en désuétude que je désirerais voir remettre en vigueur. Je veux parler des concours de prothèse, mais avec un programme bien déterminé.

Il ne s'agit pas, en effet, de confectionner un dentier avec des dents bien blanches et bien rangées, une gencive sculptée, le tout recouvert d'un poli parfait.

Cette pièce bien faite et bien finie, il est vrai, n'aurait que peu d'intérêt pour notre musée. Nous en voyons presque autant dans les vitrines qui sont aux portes de certains de nos confrères. Ce qu'il faudrait nous donner, pour nous enrichir vraiment, au point de vue pratique, ce serait la solution plus ou moins complète de tel ou tel problème de prothèse, soit dentaire, soit buccale ; ce seraient des procédés nouveaux, soit pour confectionner les appareils soit pour les fixer dans la bouche.

L'idée de l'un simplifiée ou augmentée par un autre peut être le point de départ d'une modification de notre manuel opératoire.

J'émets donc le vœu que ces concours soient institués à nouveau, et que le Conseil veuille bien allouer une certaine somme pour fonder des prix à cet effet et à titre d'encouragement pour notre musée.

J'espère, messieurs, que les quelques idées que je vous ai exposées auront été bien accueillies, et je termine ce rapport déjà trop long en vous remerciant de l'attention avec laquelle vous avez écouté ce plaidoyer en faveur du musée dont vous avez bien voulu me confier la direction.

Nota. — De nombreuses erreurs ou oublis de noms, ayant été commis par suite des différentes manipulations qu'ont subies toutes les pièces du musée, nous prions instamment les intéressés de vouloir bien adresser leurs réclamations au secrétariat de l'école, et il leur sera donné immédiatement satisfaction.

Nous prions nos confrères qui nous adressent des pièces pour le musée de vouloir bien joindre une notice explicative aussi détaillée que possible, donnant le sexe, l'âge du sujet, etc., etc.

Il sera prêté aux élèves qui en feront la demande au conservateur du musée, des têtes ou des fractions de têtes humaines, pour leur faciliter l'étude de l'anatomie. Le prêt ne dépassera pas huit jours.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 8 mars 1892

Présidence de M. Gillard, président

La séance est ouverte à 9 heures 10 minutes.

M. Gillard. — J'ai le regret d'avoir à vous apprendre la perte que M. Francis Jean vient de faire dans la personne de son père ; ce malheur nous prive de sa présence ce soir. M. Barrié, secrétaire des séances, va le remplacer pour la lecture du procès-verbal.

M. Barrié donne lecture de ce document, qui est mis aux voix et adopté.

M. Gillard prononce une allocution.

I. — Nouvelle fraise pour la préparation des racines, par M. Levett

M. Gillard. — Nous avons la bonne fortune de posséder dans la

salle M. Levett, ancien professeur de l'Ecole, qui veut bien nous faire une communication qui n'est pas portée à l'ordre du jour ; j'espère, néanmoins, que vous voudrez bien la faire passer avant les autres. M. Levett nous a, en effet, donné assez de preuves de son dévouement pour que vous lui accordiez cette petite faveur.

M. Levett présente cet instrument, qui sert de taraud pour pratiquer une rainure dans les racines.

II. — Nouveau mode d'emploi de la cocaine, par M. Horay

M. Gillard. — Avant d'aborder l'ordre du jour, je vais vous donner lecture d'une lettre de M. Horay que j'ai reçue tout à l'heure et qui est ainsi conçue :

Etant empêché d'assister à la séance de ce soir, je vous serais obligé de vouloir bien communiquer une nouvelle manière d'employer la cocaïne qui me réussit très bien et qui est sans danger.

Je me sers tout simplement de chlorhydrate de cocaïne que je mets en poudre sur la gencive, à peu près cinq centigrammes pour une extraction. Lorsque le patient éprouve un sentiment de chaleur autour de la dent, c'est le moment d'opérer, il ne sent pas l'introduction du davier et l'extraction est sans douleur dans presque tous les cas, je dis *presque* parce que certains clients m'ont dit avoir senti quelque chose mais ce n'est pas la majorité.

Je serais heureux que mes confrères voulussent bien essayer ce mode d'emploi et qu'ils nous donnassent leur appréciation.

DISCUSSION

M. Viau. — Si les résultats sont tels que le dit M. Horay, c'est l'idéal, car c'est alors l'anesthésie locale externe.

M. Deschaux. — Comment éviter la dilution ?

M. Gillard. — On sèche la gencive avant.

M. Viau. — Il y a 2 ou 3 ans j'ai essayé ce mode : je prenais du papier gommé, des déchets de timbres-poste, par exemple, je l'humectais, je saupoudrais de cocaïne et je plaçais de petits vésicatoires sur la gencive, mais j'étais loin d'obtenir ce que donne l'injection.

M. Gillard. — La cocaïne sur un tampon n'anesthésie que superficiellement.

M. Barrié. — Chez un de mes clients souffrant d'une carie profonde, j'ai, avec ce moyen, obtenu un soulagement continu.

M. Touchard. — Ce phénomène est en opposition avec quelques expériences physiologiques.

III. — Présentation d'appareils de prothèse immédiate (système Martin), par M. Gillard

M. Gillard présente ces appareils et les accompagne d'une communication qui sera insérée aux *Travaux originaux.*

DISCUSSION

M. Touchard. — Le condyle artificiel qui est en contact avec la cavité glénoïde ne peut-il pas déterminer une irritation ?

M. Gillard. — Je vous présente des appareils Martin, je ne les dé-

fends pas et ne les attaque pas, mais je fais remarquer que le caoutchouc noir est parfaitement supporté par les muqueuses buccales malades, tandis qu'il n'en est pas de même du caoutchouc rouge.

M. Touchard. — La question a son importance.

M. Gillard. — M. Martin a consigné dans son livre de nombreuses observations avec beaucoup de succès — sur le papier.

M. Deschaux. — Dans ce cas il y a certainement adynamie musculaire.

M. Gillard. — Après l'ablation du maxillaire les muscles subsistent et arrivent toujours à relever.

M. Touchard. — Il y a toujours une tension musculaire et, au moment de l'abaissement, l'appareil artificiel doit jouer.

M. Deschaux. — Avec la clavité glénoïde il y a frottement continuel. Comment les choses se passent-elles?

M. Gillard. — Je vous montre seulement un appareil de démons tration qui n'a pas été porté.

M. Quincerot. — Il est peu probable que ces appareils puisse servir à mastiquer, leur but étant plutôt esthétique.

IV. — De la nécessité de roder superficiellement la surface d'articulation dans certains cas, par M. Quincerot

M. Quincerot communique à cet égard des réflexions insérées aux *Travaux originaux,* n° de mars.

DISCUSSION

M. Deschaux. — Le rodage dans ce cas est bon seulement quand l'articulation est fermée.

M. Quincerot. — Les fractures de l'émail ne se produisent qu quand la bouche se ferme et en dehors de la mastication.

M. Barrié. — Des dents se fendillent sans qu'on puisse en accuser les antagonistes et j'attribue cela aux éléments calcaires.

M. Viau. — M. Quincerot peut-il se résumer par ce fait qu'il cherche à atténuer les tubercules pointus et très saillants?

M. Quincerot. — Oui, car les tubercules sont ordinairement asse saillants pour que, quand on ferme la mâchoire, il y ait un choc permettant la lésion.

M. Touchard. — C'est une fracture spontanée.

M. Quincerot. — La carie intéresse l'émail du côté de la surface de l'articulation. Quand on a fini l'opération, si l'on meulait on éviterait la fracture.

M. Viau. — Je demanderai à M. Quincerot de définir davantage parce qu'il me semble qu'il désarticule un peu une dent obturée.

Je rappelle en passant qu'il y a quelques années un dentiste de Rouen fit une communication sur ce sujet.

M. Quincerot. — Je m'attaque également quelquefois à la dent antagoniste.

M. Levett. — Chez une dame de 18 ans, en Amérique, à la suite du rodage de plusieurs dents, la carie survint et nécessita l'aurification des cuspides. Pour ma part j'éviterai toujours le rodage.

M. Touchard. — Le procédé a un intérêt esthétique.

M. Barrié. — Il n'y a aucun avantage à meuler une dent obturée quand on a fait le sacrifice de la partie friable?

M. Quincerot. — Si la carie est sous le tubercule, en enlevant celui-ci, que reste-t-il de la dent? D'ailleurs le client s'y oppose le plus souvent.

M. Barrié. — Il s'oppose rarement à ce que vous enleviez un morceau de molaire.

M. Touchard. — Quand une dent est dépourvue d'émail, vous avez là une porte d'entrée microbienne.

V. — De la phagocytose, par M. Joseph

M. Joseph donne lecture d'une communication sur ce sujet insérée aux *Travaux originaux.*

DISCUSSION

M. Deschaux. — Est-ce une description des phagocytes ou est-ce un nouvel état pathogénique de la bouche qui se développe dans celle-ci?

M. Joseph. — C'est une théorie qui explique tous les phénomènes infectieux et surtout les phénomènes primordiaux. Quand il y a pénétration des micro-organismes, il se produit une réaction organique qui se traduit par une inflammation.

M. Deschaux. — Cette question a-t-elle été bien étudiée dans la bouche?

M. Joseph. — Les extractions peuvent bien provoquer un érysipèle qui est infectieux; d'ailleurs les maladies que nous traitons sont infectieuses.

M. Touchard. — Nous devons remercier M. Joseph du travail remarquable qu'il nous a présenté. La question des microbes dans la bouche et leur action pathogène a déjà eu un tout petit écho dans un sujet de concours donné par le Dr Isch Wall, mais comme nous nous étions peu occupés de cette théorie, j'avoue, pour ma part, que je m'en suis tiré avec peine, et cela parce que cette *action* est peu connue.

Je me souviens d'avoir constaté l'origine presque instantanée d'une fluxion microbienne. Quand il y a résorption du sommet des racines et, par suite, élargissement des canaux, les microbes ont toute facilité pour pénétrer dans l'avéole et y produire des désordres; c'est ainsi que 4 ou 5 fois, au cours du traitement de caries du 4e degré, j'ai remarqué une fluxion que je considère comme d'origine microbienne. Lorsque cette complication se produit, je prescris des gargarismes boriqués et au sublimé et, avec ce traitement antiseptique, tout rentre dans l'ordre.

Tout cela est pour mettre en valeur le travail de M. Joseph, j'ajoute que j'en prépare sur la même question un dont j'ai demandé les éléments au Dr Isch Wall.

M. Gillard. — Je joins mes remercîments à ceux de M. Touchard, car c'est un des travaux les plus intéressants que nous ayons vus depuis longtemps. Toutefois je lui ferai un petit reproche : il parle

bien au début des maladies de la bouche, mais j'aurais voulu quelques conclusions condensant toute la communication.

M. Joseph. — Elles y sont et j'ai fini par des notions générales sur la nature de notre intervention.

La séance est levée à 10 heures 40 minutes.

Le secrétaire de la séance,
BARRIÉ.

REVUE DE L'ÉTRANGER

EMPLOI DU MASSAGE EN DENTISTERIE

Par PRACTICUS

Il arrive même au praticien le plus prévoyant que, à la suite du traitement d'un canal en suppuration, le client ou la cliente se présente un jour chez lui avec une joue enflée. Cela est d'autant plus désagréable que non-seulement une semblable enflure fait une impression fâcheuse sur l'œil, mais encore parce que le traitement par le foramen de l'apex n'amène que la diminution très lente de la fluxion. J'excepte naturellement les cas dans lesquels il s'est amassé beaucoup de pus, ce qui n'arrive pas quand on traite les dents permanentes; dans ces cas l'enflure ne laisse rien à désirer en fait de diminution rapide si l'on incise du dehors.

Il y a environ 4 ans, une dame avec la joue enflée se présentant chez moi, j'eus l'idée de masser la gencive pour enlever un peu de pus, ce qui me donna un succès étonnant. Par la suite j'imaginai la méthode suivante, qui est aussi certaine dans ses résultats que facile à employer.

Quand j'ai décidé de conserver une dent occasionnant de l'œdème, j'essaye, lorsque cette dent n'est pas très sensible à la pression, de traiter le canal aussi bien que possible, en ne perdant pas de vue que le libre accès des canaux radiculaires contribue puissamment à un rapide succès. Même avec les dents très sensibles on parvient aisément à enlever au moins quelque chose des débris d'aliments qui obstruent le canal radiculaire; il ne faut, pour cela, qu'une main sûre et tranquille. Cela fait, on frictionne le côté de la joue qui correspond à la dent malade avec un corps gras pour empêcher pendant le massage une douleur inutile et en même temps combattre l'inflammation de la peau exposée au massage.

On fait asseoir le patient, on se place derrière lui pour les dents supérieures et devant pour les dents inférieures et on commence le massage, qui est très facile.

On applique un pouce de chaque côté de la dent malade et on frictionne dans une direction oblique vers la dent malade. Au commencement et à la fin la pression doit être égale, mais variée cependant de façon à ce que, au début, on frictionne plus doucement et puis de plus en plus fort. Chaque friction doit être faite avec une force

uniforme. Le massage peut être fait deux fois par jour, mais ne jamais durer plus de 10 minutes. Quand le foramen de l'apex est ouvert ou bien quand il a une grosse ouverture, on s'étonne souvent de la masse de pus qu'on entraîne ; ce pus s'enlève aisément pour les dents supérieures par un simple rinçage de bouche, pour les dents inférieures, j'essuie généralement le pus avec de la ouate avant le rinçage.

Quand les dents sont démésurément sensibles sous le plus léger contact, le massage est souvent douloureux; dans ce cas, il est bon de faire alterner les frictions circulaires résultant du simple frottement avec des frictions par la paume de la main; de temps en temps il faut opérer quelques frictions en direction oblique vers la dent malade.

Je dois faire remarquer que j'ai essayé quelque temps de masser non pas du dehors, mais directement sur la gencive. Mais j'abandonnai bientôt ce genre de massage, car je ne réussis pas à faire sortir autant de pus que quand je massais du dehors ; le massage était, du reste, infiniment plus douloureux,

Avec le genre de massage que je viens de décrire, j'ai obtenu d'excellents résultats et sauvé beaucoup de dents qui autrement seraient devenues la proie du davier. Mais ce n'est pas seulement en cas d'œdème que le massage m'a servi, c'est aussi contre ces phénomènes d'inflammation du périoste qui apparaissent si aisément à la suite de l'obturation d'un canal radiculaire. De même, dans les cas où nous pouvons avec certitude prévoir la formation d'une fistule, j'ai souvent réussi soit à provoquer la résorption du pus, soit à obtenir son ouverture rapide et indolore.

Qu'il s'agisse d'une dent inférieure ou supérieure, c'est la même chose sous le rapport du succès; toutefois le résultat est plus vite obtenu pour la dernière.

Maintenant, y a-t-il à redouter quelque complication par suite du massage? Depuis 4 ans que j'emploie cette méthode, je puis évaluer approximativement à 300 au moins le nombre des cas dans lesquels je l'ai essayée, représentant tous les degrés d'inflammation ; *eh bien! je n'ai enregistré aucun insuccès!*

Mes collègues peuvent essayer cette méthode, en même temps qu'ils atteindront plus rapidement le but, ils épargneront bien des douzaines de tire-nerfs, ce qui est à considérer.

(*Zahntechnische Reform.*)

Le massage en thérapeutique dentaire

Le Dr Rehfuss a eu recours au massage pour les maladies de la bouche et montré que, convenablement employé, il peut avoir un bon résultat pour les maladies des dents. On croit malheureusement que le massage se borne à frictionner et à frictionner si fort que personne ne désire en essayer. Pour obtenir du succès avec le massage, ou plutôt pour posséder de l'expérience en la matière, il faut avoir une connaissance suffisante d'une certaine quantité de mou-

vements des muscles et de leur influence physiologique sur les particularités anatomiques de la partie traitée. Les tissus sont tendus et animés par le massage, par suite la circulation est provoquée en ce qui concerne les vaisseaux lymphatiques et les vaisseaux sanguins; cela provoque une augmentation du renouvellement des tissus, un changement prononcé de substance, et les produits qui en résultent, ainsi que la substance abandonnée, sont plus rapidement éloignés. Une compression alternative des tissus, telle qu'elle a lieu dans un massage raisonné, ne peut manquer, de provoquer la circulation du sang non plus que sa pénétration dans les veines, et cela agit aussi efficacement sur les tissus que l'emploi local du chaud ou du froid. La compression instantanée à chaque mouvement amène, en effet, mécaniquement une contraction et une dilatation des vaisseaux sanguins, par suite des différences de chaleur, avec cet avantage que ces différences peuvent se reproduire environ 6 fois par minute, c'est-à-dire infiniment plus souvent qu'avec les autres moyens. L'emploi local du froid sur les endroits enflammés restreint l'afflux du sang, ce qui a l'inconvénient que, le réfrigérant écarté, cette diminution persiste souvent encore plus forte. Les produits du changement de substance restent en outre localisés au siège de l'inflammation, ce que le massage évite, car il les entraîne plus loin et leur permet de s'éloigner. Nous sommes persuadé que le massage de la gencive, même dans la période aiguë d'inflammation, n'est pas douloureux, mais bienfaisant. Mais il faut qu'il soit employé à temps, d'abord avec des frictions continuées doucement, en augmentant de vitesse et les interruptions, suivant que les tissus se livrent aux doigts de l'opérateur.

(Zahntechnische Reform et Dental Record.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LA RÉGLEMENTATION AU SÉNAT

Le Sénat a procédé, dans ses séances des 1er, 4 et 7 avril, à une deuxième discussion du projet de loi sur l'exercice de la médecine. Nous donnons ci-après le texte des articles intéressant l'art dentaire qui ont été votés.

TITRE PREMIER

CONDITIONS DE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Art. 1er. — Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le Gouvernement français à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'État. (Facultés, écoles de plein exercice et écoles préparatoires réorganisées conformément aux règlements rendus après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique.)

Les inscriptions précédant les deux premiers examens probatoires pourront être prises et les deux premiers examens probatoires subis dans une école préparatoire réorganisée comme il est dit ci-dessus.

TITRE II

CONDITIONS DE L'EXERCICE DE LA PROFESSION DE DENTISTE

Art. 2. — Nul ne peut exercer la profession de dentiste s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine ou de *chirurgien-dentiste*. Le diplôme de chirurgien-dentiste sera délivré par le Gouvernement français, à la suite d'études organisées suivant un règlement rendu après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique et d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat.

TITRE IV

CONDITIONS COMMUNES A L'EXERCICE DE LA MÉDECINE, DE L'ART DENTAIRE ET DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

Art. 5. — Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes diplômés à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pourront exercer leur profession en France qu'à la condition d'y avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine, de dentiste ou de sage-femme, et en se conformant aux dispositions prévues par les articles précédents.

Des dispenses de scolarité et d'examens pourront être accordées par le Ministre, conformément à un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique. En aucun cas, les dispenses accordées pour l'obtention du doctorat ne pourront porter sur plus de trois épreuves.

Art. 7. — Les étudiants étrangers qui postulent, soit le diplôme de docteur en médecine visé à l'article premier de la présente loi, soit le diplôme de chirurgien-dentiste visé à l'article 2, et les élèves de nationalité étrangère qui postulent le diplôme de sage-femme de 1re ou de 2e classe visé a l'article 3, sont soumis aux mêmes règles de scolarité et d'examens que les étudiants français.

D'autre part, il pourra leur être accordé en vue de l'instruction dans les facultés et écoles de médecine, soit l'équivalence des diplômes ou certificats obtenus par eux à l'étranger, soit la dispense des grades français requis pour cette inscription, ainsi que des dispenses partielles de scolarité correspondant à la durée par eux à l'étranger.

Art. 9. — Les docteurs en médecine, les officiers de santé, les chirurgiens dentistes et les sages-femmes sont tenus, dans le mois qui suit leur établissement, de faire enregistrer, sans frais, leur titre à la préfecture ou sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de leur arrondissement.

Le fait de porter son domicile dans un autre département oblige à un nouvel enregistrement du titre dans le même délai.

Ceux ou celles qui, n'exerçant plus depuis deux ans, veulent se livrer à l'exercice de leur profession, doivent faire enregistrer leur titre dans les mêmes conditions.

Il est interdit d'exercer sous un pseudonyme les professions ci-dessus, sous la peine édictée à l'art. 19.

Art. 10. — Il est établi chaque année dans les départements, par les soins des Préfets et de l'autorité judiciaire, des listes distinctes portant es noms et prénoms, la résidence, la date et les lieux de réception des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes visés par la présente loi.

Ces listes sont affichées chaque année, dans le mois de janvier, dans outes les communes du département. Des copies certifiées en sont transmises aux Ministres de l'Intérieur, de l'Instruction publique et de la ustice.

La statistique du personnel médical existant en France et aux colonies st dressée tous les ans par les soins du Ministère de l'Intérieur.

Art. 11. — L'exercice simultané de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme avec celle de pharmacien ou d herboriste est interdit, même en cas de possession des titres conférant le droit d'exercer ces professions. Cette disposition n'est pas applicable à ceux qui exercent aujourd'hui ces deux professions.

Toutefois, sous la condition de se soumettre aux lois et règlements régissant la pharmacie, à l'exception de la patente, tout docteur peut porter des médicaments à ses malades lorsque ceux-ci demeurent à 4 kilomètres au moins d'une officine de pharmacie. Il peut aussi, mais sans tenir une officine ouverte, fournir des médicaments à ses malades lorsque sa demeure est à 4 kilomètres au moins d'une officine de pharmacien.

Art. 12. — L'article 2272 du Code civil est modifié ainsi qu'il suit :

« L'action des huissiers, pour le salaire des actes qu'ils signifient, » (le reste comme au Code).

Ajouter à l'article le paragraphe suivant :

« L'action des médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, sages-» femmes et pharmaciens, pour leurs visites, opérations et médica-» ments, se prescrit par deux ans. »

Art. 14. — A partir de la promulgation de la présente loi, les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes jouiront du droit de se constituer en associations syndicales dans les conditions de la loi du 21 mars 1884, pour la défense de leurs intérêts professionnels, à l'égard de toutes personnes autres que l'Etat, les départements et les communes.

TITRE V

EXERCICE ILLÉGAL. — PÉNALITÉS

Art. 17. — Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui, non munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, ou n'étant pas dans les conditions stipulées aux art. 6, 30 et 34 de la présente loi prend part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire et des accouchements, sauf les cas d'urgence avérée ;

2° Toute sage-femme qui sort des limites fixées à l'exercice de sa profession par l'article 4 de la présente loi ;

3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi.

Les dispositions du paragraphe premier du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qui agissent comme aides d'un docteur ou que celui-ci place auprès de ses malades, ni aux gardes-malades, ni aux personnes qui, sans prendre le titre de chirurgien-dentiste, opèrent accidentellement l'extraction des dents.

Art. 18. — Les infractions prévues et punies par la présente loi seront poursuivies devant la juridiction correctionnelle.

En ce qui concerne spécialement l'exercice illégal de la médecine, de l'art dentaire ou de la pratique des accouchements, les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les associations de médecins régulièrement constituées, les syndicats visés dans l'art. 14 pourront en saisir les tribunaux par voie de citation directe donnée dans les termes de l'art. 182 du Code d'instruction criminelle, sans préjudice de la faculté de se porter, s'il y a lieu, partie civile dans toute poursuite de ces délits intentée par le ministère public.

Art. 19. — Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de 100 à 500 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 500 francs 1.000 francs et d'un emprisonnement de six jours à six mois de prison ou de l'une de ces deux peines seulement.

L'exercice illégal de l'art dentaire est puni d'une amende de 50 à 100 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 100 à 500 francs et d'un emprisonnement de six jours à un mois ou de l'une de ces deux peines seulement.

Art. 20. — L'exercice illégal de la médecine ou de l'art dentaire avec usurpation du titre de docteur ou d'officier de santé est puni d'une amende de 1.000 à 2.000 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 2.000 à 3.000 francs et d'un emprisonnement de six mois à un an ou de l'une de ces deux peines seulement.

L'usurpation du titre de dentiste sera punie d'une amende de 100 à 500 francs et, en cas de récidive, d'un emprisonnement de six jours à un mois.

L'usurpation du titre de sage-femme sera punie d'une amende de 100 à 500 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 500 à 1.000 francs, d'un emprisonnement d'un mois à deux mois ou de l'une de ces deux peines seulement.

Art. 23. — Quiconque exerce la médecine, l'art dentaire ou l'art des accouchements sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés à l'article 9 de la présente loi, est puni d'une amende de 25 à 100 francs.

Art. 24. — Toute infraction aux prescriptions de l'art. 11 est punie d'une amende de 100 fr. à 500 fr. et, en cas de récidive, d'une amende de 500 fr. à 1.000 fr., et d'un emprisonnement de six jours à trois mois ou de l'une de ces deux peines seulement.

Art. 26. — Il n'y a récidive qu'autant que l'agent du délit relevé a été, dans les cinq ans qui précèdent ce délit, condamné pour une fraction de qualification identique.

Art. 27. — La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de leur profession peuvent être prononcées par les cours et tribunaux accessoirement à la peine principale contre tout médecin, officier de santé, dentiste ou sage-femme, qui est condamné :

1° A une peine afflictive ou infamante ;

2° A une peine correctionnelle prononcée pour crime de faux, pour vol et escroquerie, pour crimes ou délits prévus par les articles 316, 317, 331, 332, 334, et 345 du Code pénal ;

3° A une peine correctionnelle prononcée par une cour d'assises pour les faits qualifiés crimes par la loi.

En cas de condamnation prononcée à l'étranger pour un des crimes et délits ci-dessus spécifiés, ce coupable pourra également, à la requête du ministre public, être frappé par les tribunaux français, de suspension temporaire ou d'incapacité absolue de l'exercice de sa profession.

Les aspirants ou aspirantes aux diplômes de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste et de sage-femme condamnés à l'une des peines énumérées aux paragraphes 1, 2 et 3 du présent article, peuvent être exclus des établissements d'enseignement supérieur.

La peine de l'exclusion sera prononcée dans les conditions prévues par la loi du 27 février 1880.

En aucun cas, les crimes et délits politiques ne pourront entraîner la suspension temporaire ou l'incapacité absolue d'exercer les professions visées au présent article, ni l'exclusion des établissements d'enseignement médical.

Art. 28. — L'exercice de leur profession par les personnes contre lesquelles a été prononcée la suspension temporaire ou l'incapacité absolue, dans les conditions spécifiées à l'article précédent, tombe sous le coup des articles 18, 19, 20, 21 et 22 de la présente loi.

Art. 29. — L'article 463 du Code pénal est applicable aux infractions prévues par la présente loi.

TITRE VI

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Art. 31. — Les officiers de santé reçus antérieurement à la présente loi, et ceux reçus dans les conditions déterminées par l'article 33 ci-après, auront le droit d'exercer la médecine et l'art dentaire sur tout le territoire de la République.

Ils seront soumis à toutes les obligations imposées par la loi aux docteurs en médecine.

Art. 32. — Un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique déterminera les conditions dans lesquelles : 1° un officier de santé pourra obtenir le grade de docteur en médecine ; 2° un dentiste qui bénéficie des dispositions transitoires ci-après pourra obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste.

Art. 33. — Les élèves qui, au moment de la promulgation de la présente loi, auront pris leur première inscription pour l'officiat de santé pourront continuer leurs études médicales suivant les règles précédemment en vigueur et obtenir le diplôme d'officier de santé.

Art. 34. — Le droit d'exercer l'art dentaire est maintenu à tout dentiste justifiant qu'il est inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1892.

Les dentistes se trouvant dans les conditions indiquées au paragraphe précédent n'auront le droit de pratiquer l'anesthésie qu'avec l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé.

Les dentistes qui contreviendront aux dispositions du paragraphe précédent tomberont sous les coups des peines portées au 2e paragraphe de l'art. 20.

Art. 36. — La présente loi ne sera exécutoire qu'un an après sa promulgation.

Art. 37. — Des règlements d'administration publique détermineront les conditions d'application de la présente loi à l'Algérie et aux colonies et fixeront les dispositions transitoires ou spéciales qu'il sera nécessaire d'édicter ou de maintenir.

Art. 38. — Sont et demeurent abrogés à partir du moment où la présente loi sera exécutoire : la loi du 19 ventôse an XI, l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI, et généralement toutes les dispositions de lois et règlements contraires à la présente loi.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE ET SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ECOLE ET DE L'HOPITAL DENTAIRES DE PARIS.

RÉSUMÉ DES PROCÈS-VERBAUX DU CONSEIL DE DIRECTION

Séance du mardi 5 *janvier* 1892.

Présidence de M. Godon, vice-président.

Sont présents : MM. Chauvin, Dubois, Godon, Gravollet, Francis Jean, Lemerle, Löwenthal, Martinier, Papot, Pigis, Ronnet, Touchard, Tusseau et Viau.

M. Francis Jean donne lecture du procès-verbal du 17 novembre.

Après observations de *MM. Godon et Dubois* ce procès-verbal est adopté.

Certains passages de ces procès-verbaux étant étrangers aux questions administratives de l'Ecole, une discussion s'engage sur la publication ou la non publication de ces documents et, à une voix de majorité, la publication est votée.

M. Francis Jean donne lecture des procès-verbaux des 30 novembre et 1er décembre.

Après observations de *M. Godon*, ces procès-verbaux sont adoptés.

M. Touchard, revenant sur la question de la séance de réouverture des cours, propose à l'adresse de MM. Chauvin et Godon un vote de blâme.

MM. Dubois, Papot, Chauvin et Godon déclarent qu'on ne peut délibérer sur cette demande avant qu'une commission d'enquête, composée par parties égales des représentants de la réglementation et des représentants de la liberté, en ait informé.

En cas de partage égal des voix, des commissaires enquêteurs, peuvent nommer un ou des tiers arbitres chargés de les départager.

M. Gravollet dit qu'il n'y a pas lieu d'adopter cette proposition d'enquête puisque MM. Chauvin et Godon avouent eux-mêmes avoir essayé d'empêcher M. Monod de parler de réglementation.

La majorité du Conseil repousse la proposition d'enquête et vote le blâme proposé par *M. Touchard* dans les termes suivants :

Le Conseil de Direction, après avoir entendu les explications fournies par MM. Godon et Chauvin sur les démarches qu'ils ont fait faire auprès de M. Monod dans le but de l'empêcher de parler de réglementation, considère que ces démarches pouvaient nuire au succès de la séance de réouverture des cours, et en conséquence, vote un blâme sévère à leurs auteurs.

On passe à l'ordre du jour.

M. Touchard propose de convoquer l'Association en assemblée générale afin de donner connaissance des résultats obtenus par la Commission de réglementation.

Cette réunion aura lieu le mardi 12 janvier.

La prochaine réunion du Conseil est fixée au samedi 16 janvier.

La réunion de la Société d'Odontologie est remise au mardi 19 janvier.

Admissions.

Sont admis comme membres de l'Association générale des dentistes de France :

MM. Léger, chirurgien-dentiste, 54, boulevard de Clichy, Paris.
Dr de la Jarrige, chirurgien dentiste, 75, avenue Ledru-Rollin, Paris.
Aduet, Emile, chirurgien-dentiste, 30, rue Milton, Paris.
Charavet, chirurgien dentiste, 123, rue Saint-Lazare, Paris.

Mme Bocquillon, D. E. D. P., chirurgien-dentiste, 126, rue du Temple, Paris.
Houbriet D. E. D. P. chirurgien-dentiste, 68, rue Réaumur, Paris.

Demande d'admission.

M. Baillet, présenté par MM. E. Denis et Tusseau.

Démission.

M. Ribouleau 322, rue Saint-Martin.

L'élève Morin est admis à entrer en 3e année.
La séance est levée à minuit et demie.

Le Secrétaire,
FRANCIS JEAN.

Séance du samedi 16 *janvier* 1892.

Présidence de M. VIAU, vice-président.

Sont présents: MM. Chauvin, Denis, Dubois, Gravollet, Francis Jean, Lemerle, Löwenthal, Martinier, Papot, Pigis, Ronnet, Tusseau et Viau.

M. Godon se fait excuser.

M. Francis Jean donne lecture du procès-verbal du 22 décembre publié par erreur sans avoir été adopté par le conseil.

M. Dubois rappelle que M. Kuhn a été proposé comme membre honoraire sur sa proposition.

Après cette observation le procès-verbal est adopté.

M. Dubois interpelle le secrétaire des séances au sujet de la non-publication des procès-verbaux des 17 et 24 novembre dernier, malgré la décision du Conseil dans sa séance précédente.

M. Francis Jean allègue n'avoir pas eu à temps les documents nécessaires à cette publication et lit à ce sujet une déclaration qui suit lesdits procès-verbaux.

M. Tusseau donne lecture :

1° D'une lettre de M. Charavet regrettant de n'avoir pu assister à la dernière réunion de l'assemblée générale.

2° D'une lettre de Mlle Weissemblut demandant à retirer sa démission. (Il sera statué ultérieurement sur ce cas.)

3° D'une lettre collective des élèves de 3e année demandant un travail complémentaire de prothèse.

Cette lettre est remise à M. le Chef du laboratoire.

4° D'une lettre de M. Fresnel posant sa candidature comme préparateur du cours de pathologie spéciale.

5° D'une lettre adressée au Conseil par la Société amicale des diplômés de l'Ecole dentaire de Paris.

Admissions.

Sont admis comme membres de l'Association générale des dentistes de France :

MM. A. Denis D. E. D. P. caporal au 155e de ligne, à Aubervilliers.
Raillet, chirurgien-dentiste, 39, rue Linois, Paris.

Demandes d'Admission.

MM. Ballu, présenté par MM. Godon et Léger.
Flamens id. Bonnard et Lemerle.

Musée.

M. Lemerle, conservateur du musée, donne lecture d'un rapport unanimement applaudi, dont la publication est votée. Comme conservateur du matériel de l'Ecole, il demande un crédit de 300 francs pour diverses réparations.

Le Conseil décide qu'à l'avenir toute demande de dépenses devra être adressée au chef du matériel de l'Ecole.

Journal.

M. Dubois, directeur-gérant de l'*Odontologie,* rend compte de sa gestion pour l'année écoulée.

Il remercie le Comité de rédaction et tous ceux qui l'ont assisté dans sa tâche.

M. Tusseau fait remarquer que le Comité de rédaction n'a pas été informé de ce rapport.

M. Dubois dit se tenir à la disposition du Comité et du Conseil pour les renseignements et justifications qu'il pourrait désirer.

Il donne ensuite lecture d'une pétition demandant la démission collective du Conseil de Direction.

M. Francis Jean fait remarquer que les 26 signataires ne forment pas la majorité des membres de l'Association générale, et estime qu'en assemblée générale si ce vœu était émis par la majorité, *chacun de ses collègues* s'y soumettrait.

M. Viau constate que cette proposition est faite par la minorité du Conseil.

M. Gravollet est convaincu qu'il était facile de constituer une pétition opposée.

M. Dubois considère cette pétition comme un vœu et dit que cela ne peut être un ordre.

M. Chauvin rappelle diverses circonstances dans lesquelles la démission collective s'est produite.

M. Viau affirme que, dans ces circonstances, elle a toujours été proposée à l'unanimité.

On met aux voix. La majorité vote contre la proposition de démission collective.

M. Ronnet demande l'insertion au procès-verbal des noms des membres qui votent pour la démission collective, MM. Dubois Chauvin, Ronnet et Papot.

M. Ronnet soumet en outre la pétition suivante :

Messieurs et chers collègues,

Pour la première fois depuis onze ans le Conseil de direction de l'Association générale des dentistes de France et de l'Ecole dentaire de Paris s'est trouvé divisé et son œuvre de groupement de tous les dentistes pour la défense des intérêts professionnels et le développement de l'art dentaire français a été entravé par des votes et des discussions regrettables.

La constatation de ce nouvel état de choses n'a pas pour but de soulever des débats irritants, mais seulement d'indiquer combien la division est préjudiciable aux intérêts dont nous avons la garde et de vous proposer d'y mettre fin en demandant à nos mandants de nommer un nouveau Conseil agissant avec unité et délibérant dans un esprit de concorde et de conciliation.

L'œuvre de ces douze dernières années serait un péril si les divisions actuelles ne s'effaçaient pas.

A nos yeux le corps électoral a seul la puissance de reconstituer une administration unie et pour cela nous jugeons indispensable que, comme en 1883-1887-1890, le Conseil tout entier se soumette au jugement des électeurs et lui demande un renouvellement de mandat.

Signé : Ronnet, Richard-Chauvin, Papot, Dubois, Godon.

Le Conseil décide :

1° Qu'à l'Assemblée générale du 26 janvier on passera au vote à 10 heures précises;

2° Que la présence des élèves à cette séance ne sera pas admise, sauf pour ceux qui font partie de l'Association ;

3° Qu'un contrôle sera établi à l'entrée de la salle afin qu'il n'y soit admis aucun membre étranger à la société;

4° Qu'un comité de dépouillement du scrutin sera composé de MM. Dubois, Denis, Papot, Pigis, Gravollet, Francis Jean, Ronnet, Chauvin, Löwenthal et Lemerle.

La séance est levée à minuit.

Le Secrétaire,
Francis JEAN.

RAPPORT AU COMITÉ SYNDICAL POUR L'ANNÉE 1891

Par M. A. PIGIS

Le Comité syndical est heureux de porter à votre connaissance les quelques modifications qui ont amélioré sa situation pendant son dernier exercice. La marche progressive de cette branche de notre Association, due à la confiance qu'on lui accorde, lui permet d'espérer un développement plus complet et, dans l'avenir, le monopole des arbitrages, comme cela se pratique déjà pour plusieurs chambres syndicales, soit devant les tribunaux, soit pour statuer à l'amiable.

Nous avons envoyé, comme tous les ans, aux juges de paix des vingt arrondissements de Paris une circulaire les informant que le Comité se tient à leur disposition pour donner son avis dans les différends du ressort de notre profession.

Ceux d'entre eux qui s'adressaient déjà à notre syndicat nous ont

continué leur confiance et nous avons à enregistrer cette année une conquête de plus : la justice de paix du 5e arrondissement.

Nous proposons, devant ce succès croissant, d'envoyer notre circulaire annuelle dans tout le département de la Seine. Mais le véritable succès de l'exercice 1891 est dans la demande d'arbitrage qui nous a été confiée par le tribunal de commerce consécutivement à un jugement rendu par ce dernier. Notre rapport dans ce cas devait clore les débats et portait non seulement sur le travail lui-même et sa valeur, mais aussi sur les conditions de paiement en usage et sur le bien fondé des réclamations formulées par le défendeur.

Le rapport que nous avons envoyé a donné pleine satisfaction et nous espérons que ce tribunal n'hésitera pas à s'adresser à nous désormais.

Par pétition le Comité de 1890 avait tenu à obtenir le titre d'expert auprès des tribunaux. Je crois qu'il y a, dans le fait que je viens de vous signaler, la possibilité d'obtenir ce titre par une voie nouvelle : celle des services rendus. Si nous avions la bonne fortune d'être appelés à nous prononcer plusieurs fois dans l'année qui va suivre sur des affaires de ce genre, nous aurions conquis un premier droit et nous serions autorisés dans une certaine mesure à réclamer un titre officiel ou tout au moins à le solliciter, en conséquence, soit comme preuve du classement de notre syndicat, soit comme espoir d'un grade nouveau. Le Comité peut se féliciter de ce résultat.

Il est certain que, progressivement et dans un temps prochain, tous les juges de paix de Paris auront recours à nous comme arbitres et si les tribunaux constitués faisaient de même, ce serait le couronnement de notre œuvre. Je crois qu'un premier pas vient d'être fait dans ce sens.

Comme secrétaire, j'aurais voulu vous apporter, au nom de mes collègues, l'étude approfondie d'une des questions nombreuses intéressant notre chambre syndicale, les travaux de cette année, la multiplicité des séances du Conseil de direction ne nous a pas permis de disposer du temps nécessaire à cet effet et nous le regrettons, mais la grave question de la réglementation nous a donné une somme de travail qui ne nous a laissé aucun loisir. Cependant le Comité a formé le projet dans ses dernières séances de modifier la comptabilité et la marche des expertises, de faire supporter les frais de correspondance, de convocation, de papier timbré par les parties qui viennent réclamer sa compétence. Ces frais, que l'on fixerait à un chiffre légèrement supérieur à ces dépenses, permettraient, d'avoir des registres spéciaux, de délivrer des reçus d'un livre à souche, enfin, de donner un caractère plus administratif à son fonctionnement, d'avoir un livre de constat de ses délibérations où les rapports figureraient avec les observations et sur lequel seraient relatées les conciliations avec leurs conditions, ce qui aurait l'avantage de créer des documents que l'on pourrait consulter, dans lesquels on trouverait des précédents à invoquer en cas de contestation entre arbitres et qui constituerait des archives précieuses.

Nous souhaitons voir nos successeurs admettre cette proposition et la mettre en vigueur.

Les arbitrages de cette année ont été aussi nombreux que les années précédentes et les indemnités en ont été versées, comme l'indique nos statuts, au trésorier de l'Association.

Nous sommes heureux de constater que nous n'avons reçu aucune plainte de confrère à confrère pendant ces derniers mois. Le syndicat, cependant, rappelle qu'il se tient à la disposition de tous et qu'il se constitue en conseil de famille pour ses membres.

Caisse de prévoyance.

La caisse de prévoyance a encore augmenté considérablement son avoir cette année. Comme les chiffres sont d'une grande éloquence, je vous dirai qu'au 1er janvier 1891 nos fonds se montaient à 4.325 francs et qu'au 1er janvier 1892 ils s'élèvent à 5.766 francs ; cette situation laisse donc une différence de près de 1.400 francs, aussi notre trésorier a-t-il converti cette somme en obligations.

Le montant des expertises a couvert presque entièrement les frais et les petits secours de l'exercice. Aussi la totalité des sommes reçues par l'Association ou produites par les intérêts du fond social a-t-elle pu être versée intégralement dans notre caisse de même qu'une somme de 500 francs, montant d'une souscription.

Vous voyez, que cette partie de notre Association n'est pas la moins florissante et nous avons la satisfaction d'être certain de pouvoir aider efficacement ceux de nos confrères qu'une gêne mettrait dans l'embarras. Pour cette année aucune demande de secours ne nous a été adressée par nos membres, ce qui semblerait indiquer un état de prospérité dont nous devons être heureux. Nous souhaitons qu'il en soit de même à l'avenir.

Une somme de 8 francs a été donnée par 2 francs à quatre mécaniciens-dentistes par notre président à titre de secours immédiat.

Une somme de 20 francs a été envoyée à M. X..., élève de l'École, sur un vote du Conseil de direction. Ce sont là toutes nos dépenses de l'année comme secours.

Un de nos présidents d'honneur est décédé dans ces derniers mois, nous regrettons que sa mort ait été connue de nous trop tard pour que nous pussions nous faire représenter à ses funérailles. C'est le seul décès de membres appartenant à l'Association.

RÉSOLUTIONS DE L'ASSOCIATION NATIONALE DES FACULTÉS DENTAIRES AMÉRICAINES

8e Réunion annuelle à Saratoga Springs.

VINGT-TROIS COLLÈGES DENTAIRES Y ÉTAIENT REPRÉSENTÉS

I

Il est recommandé aux Conseils d'Etat, quand un gradué, après son examen, n'a pas obtenu la licence, et quand son collège demande des renseignements sur les causes de son échec, de fournir à la Faculté un rapport détaillé des sujets et questions sur lesquels il a échoué.

II

Les Conseils d'Etat cesseront de publier les noms des collèges dont les gradués n'auront pas réussi dans leur examen.

III

Tout collège dont le représentant régulièrement nommé négligera de signer l'acte de constitution pendant l'année qui suivra son élection comme membre sera rayé de la liste des membres de l'Association.

IV

Entrée.

Un examen préliminaire sera exigé pour entrer dans les collèges dentaires. Il comprendra une bonne instruction en anglais. Au cas où un candidat passerait un examen préliminaire insuffisant, les autres collèges de l'Association peuvent en être avisés.

V

Un candidat à l'immatriculation, présentant un diplôme d'une institution littéraire jouissant d'une bonne réputation ou toute autre preuve suffisante de connaissances littéraires, sera admis sans examen.

VI

Après l'année scolaire 1890-1891 un diplôme d'un collège médical honorable donnera à celui qui en sera muni le droit d'entrer dans le 2e cours des collèges dentaires de l'Association, avec dispense possible de suivre les leçons et examens sur l'anatomie générale, la chimie, la physiologie, la matière médicale et la thérapeutique.

VII

Admission aux classes de 2e année.

Les collèges de l'Association ne peuvent recevoir dans les classes de 2e ou de 3e année que les étudiants pourvus de certificats établissant qu'ils ont passé un examen satisfaisant dans les études de première ou de deuxième année respectivement; ce certificat sera une garantie pour tout collège auquel ils s'adresseront qu'ils ont passé une année antérieure dans l'institution.

VIII

Les candidats étrangers demandant une diminution de stage devront fournir l'attestation dûment régularisée de leurs études antérieures et de leur assistance à des cours etc..., exigée des candidats nationaux, et ils passeront les examens intermédiaires. (Suit la forme du certificat).

Chaque étudiant suivant un cours complet d'études dans un collège de l'Association doit être muni dudit certificat, sans quoi il ne sera admis par aucun collège dans la classe avancée, excepté après entente avec l'école d'où il provient.

IX

Le doyen de chaque école devra, sur demande, fournir au Comité exécutif le détail exact de l'examen intermédiaire passé dans son école et mentionner si cet examen est ou non définitif.

X

Présence.

Les candidats à l'admission dans les collèges de l'Association qui sont sous des gradués dans un collège médical honorable peuvent être admis

dans les classes de dernière année conformément aux règles d'examen régissant l'admission dans cette classe.

XI

Aucun collège ne comptera une session complète à l'étudiant qui sera entré plus de 20 jours après le commencement des cours réguliers.

XII

Aucun collège de l'Association n'admettra l'étudiant 20 jours après l'ouverture de la session régulière, à l'exception des collèges ayant une session de plus de 5 mois et ceux-ci obtiendront une prolongation de délai en rapport avec la durée de la session.

XIII

L'assistance à 3 cours complets d'études régulières de 5 mois au moins, chacun dans des années séparées, sera exigée avant l'examen pour la graduation.

XIV

Généralités.

La rémunération de tous les collèges dentaires sera la même autant que possible.

XV

Les membres de toute Faculté faisant partie de l'Association peuvent prendre part à ses délibérations, mais, seuls, les délégués voteront sur une question devant l'Association.

XVI

Les écoles dentaires qui ne se conformeront point aux règlements de l'Association ne seront point reconnues par celle-ci.

XVII

Un comité permanent sera élu et chargé d'étudier autant que possible les travaux de toutes les écoles dentaires des Etats-Unis et de l'Europe, de fournir des renseignements au doyen ou au secrétaire de tout collège, quand besoin sera, et de faire un rapport écrit à chaque réunion de l'Association.

XVIII

Il sera adopté un système gradué d'enseignement et un examen intermédiaire entre ses parties, lequel sera dirigé comme les Facultés des divers collèges représentés dans l'Association le jugeront convenable.

XIX

Aucun grief contre une Faculté ne sera articulé devant l'Association par aucun comité avant que les deux parties intéressées en aient été avisées et qu'il leur ait été donné de s'expliquer devant ledit comité.

XX

Quand un étudiant quittera une école pour aller dans une autre, le doyen de celle-ci en informera le doyen de celle-là en lui demandant s'il y a des objections à cette mutation, que l'étudiant présente ou non un certificat.

XXI

Tout délégué représentant un collège dans l'Association sera membre d'une Faculté enseignante et présentera des lettres de créance émanant

du collège auquel il appartiendra, l'autorisant dûment à représenter celui-ci avant d'être admis à voter.

XXII

Il sera obligatoire pour les écoles dentaires faisant partie de l'Association de publier, dans leur circulaire annuelle, les noms de tous leurs matriculés et gradués de la session précédente, avec les Etats et les pays d'où ils viennent et un astérique accompagnera le nom de toute personne ne suivant pas les cours, comme aussi les mots *non assistant* seront placés au bas de la page.

XXIII

Le degré de docteur en chirurgie dentaire ne sera conféré à titre honoraire par aucun collège adhérant à l'Association, excepté avec le consentement de celle-ci.

XXIV

L'anatomie comprendra l'anatomie théorique et pratique et celle-ci comportera la dissection d'au moins 2 parties du cadavre dans une clinique anatomique régulièrement désignée.

XXV

Membres.

Toutes les demandes pour devenir membres de l'Association seront écrites et adressées au Comité exécutif.

XXVI

Les postulants devront faire partie régulièrement de collèges dentaires ou de sections dentaires d'écoles ou d'universités médicales, dans lesquels au moins un cours complet d'études aura été fait, et les dits collèges ou sections dentaires devront avoir existé au moins une année scolaire.

XXVII

Aucune demande tendant à être membre de l'Association ne fera l'objet d'un rapport au Comité exécutif si elle n'a pas été reçue au moins 60 jours avant la réunion régulière.

XXVIII

Toutes les demandes d'admission ayant été l'objet d'un rapport favorable par le Comité exécutif resteront en suspens un an avant qu'une décision définitive soit prise à leur égard.

XXIX

Les étudiants suivront deux cours complets d'études d'un caractère général, telles que l'anatomie, la physiologie, la chimie, les principes généraux de chirurgie, la matière médicale, la thérapeutique et trois cours d'études d'un caractère dentaire spécial.

XXX

En cas de griefs contre un collège, aucune décision ne sera prise si les parties intéressées n'ont pas été averties trente jours au moins auparavant.

XXXI

Dans les réunions ultérieures de l'Association nationale des Facultés dentaires les délégués comprendront des membres des Facultés et les démonstrateurs ne seront pas reçus.

XXXII

A partir de juillet 1893 le cours annuel d'études ne durera pas moins de 7 mois, dont 2 pourront être consacrés à la clinique dans l'infirmerie de l'école et ne compteront pas comme cours intermédiaires ou d'infirmerie.

XXXIII

Après l'année scolaire 1892-1893, quatre années d'études en dentisterie seront exigées pour être gradué.

(Southern Dental Journal.)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. De quelques usages de l'antipyrine. — II. Acide trichloracétique. — III. Substances antiseptiques. — IV. L'action astringente. — V. Gargarisme antiseptique. — VI. Gargarisme antiseptique. — VII. Gargarisme contre la stomatite diphtéritique.

I. DE QUELQUES USAGES DE L'ANTIPYRINE

Hénocque a insisté sur l'utilité de l'antipyrine dans les hémorragies : à l'etat pulvérulent ou à l'état de solution, elle agit en déterminant la contraction des vaisseaux et des tissus : en même temps, elle fait coaguler le sang. Peut-être la cicatrisation des plaies est-elle hâtée? Enfin il y a certainement une action antiseptique. Contre l'épistaxis, on insufflera le médicament dans les narines ; pour arrêter les métrorrhagies, on déposera sur le col ou dans la cavité un tampon de ouate renfermant une petite quantité de poudre. La solution à 1/20 suffit pour laver les surfaces saignantes pendant une opération ; pour les fosses nasales, les trajets profonds, on choisira la solution à 1/5. On peut imbiber de ouate, du papier à filtrer, de l'amadou stérilisé avec une solution d'antipyrine et faire sécher, pour employer, selon les besoins, à l'état sec ou humide. Le même auteur a pu arrêter l'hémorrhagie de l'amygdalotomie en badigeonnant la surface saignante avec un pinceau trempé dans une solution forte du médicament.

Les propriétés hémostatiques de l'antipyrine ont été constatées par beaucoup d'auteurs. Goetz en eut d'heureux effets dans l'avulsion d'une dent.

L'emploi local de l'antipyrine arrête facilement les hémorragies de la bouche (Chouppe). On ne peut employer le médicament en poudre et, comme les parties sont constamment lavées par la salive, l'usage de solutions est difficile. Pour les gencives, Chouppe, dans un cas de purpura hemorrhagica, fit appliquer à leur surface des bandelettes d'amadou fortement imbibées d'une solution au 5°. Il n'y eut ni sensation pénible ni irritation buccale. Les bandelettes étaient laissées en place une demi-heure et le pansement renouvelé quatre à cinq fois dans la journée; il pouvait être gardé la nuit. Les bandelettes antérieures étaient maintenues par les lèvres et celles de la

face postérieure, moins nécessaires, car cette face saigne moins, unies aux précédentes par des anses de fil métallique qui passaient entre les dents et qui les comprimaient de place en place. On dut se contenter de toucher fréquemment la face interne des joues avec un tampon de ouate imbibé de la solution d'antipyrine.

Comme anesthésique local, Struver a recommandé le mélange suivant :

Cocaïne	5 grammes
Antipyrine	15 —
Eau distillée	80 —

à pulvériser sur les parties opérées.

Pour l'extraction des dents, on peut appliquer la mixture sur les gencives pendant quinze minutes et pulvériser les méats auditifs externes avec un spray d'éther.

Martin a proposé d'associer l'antipyrine à la cocaïne pendant l'anesthésie dentaire. On fait la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 04 centigr.
Antipyrine	0 gr. 40 —
Eau distillée	1 gramme.

L'injection entre la gencive et la dent provoque plus lentement l'anesthésie que l'emploi d'une solution forte de cocaïne, mais la période anesthésique dure plus longtemps et l'extraction des dents se fait sans douleur.

L'antipyrine est utile à l'intérieur contre les hémorragies. La plupart des auteurs ont échoué en l'administrant contre les hémoptysies ou les hématémèses.

II. ACIDE TRICHLORACÉTIQUE

L'acide trichloracétique est l'un des corrosifs les meilleurs et les plus sûrs pour les verrues, les cors et les engelures indurées, que l'on peut facilement séparer du tissu non affecté, trois ou quatre jours après l'application.

Formule : $CCl^3\ CO^2\ H$. Rhomboèdres déliquescents, facilement solubles dans l'eau. Point de fusion = 52°3. Point d'ébullition = 195. Densité à 46° = 1,617.

(*Berichte von E. Merck*, janvier 1889-8.)

III. SUBSTANCES ANTISEPTIQUES

	Degré de concentration.	Durée nécessaire pour la stérilisation
Acide salicylique	1/100	1/4 de minute
— benzoïque	»	1/4 de minute
Listérine	»	1/4 1/2
Acide salicylique	1/200	1/2
Sublimé	1/2.500	1/2
Acide benzoïque	1/200	1 à 2
— borobenzoïque	1/175	1 à 2
Thymol	1/5.500	2 à 4
Sublimé	1/5.500	2 à 5
Acide phénique	1/100	10 à 15.

(*La pratique médicale*, 1er octobre 1889.)

IV. L'ACTION ASTRINGENTE

Il résulte d'expériences faites par le Dr Heinz que les astringents les plus actifs sont le nitrate d'argent, l'acétate de plomb, le sulfate de cuivre, le perchlorure de fer, le tannin et l'alun.

V. GARGARISME ANTISEPTIQUE (DUJARDIN BEAUMETZ), Formule n° 1.

Eau	1 litre
Acide borique	25 grammes.
Acide phénique	1 gramme.
Thymol	25 centigr.

VI. GARGARISME ANTISEPTIQUE, Formule n° 2.

Acide salicylique	1 gramme.
Glycérine à 28°	100 —
Eau distillée de menthe	150 —

Faire dissoudre à chaud l'acide salicylique dans la glycérine, ajouter l'eau distillée de menthe.

Je préfère à toutes les infusions l'eau distillée de menthe, ou même telle autre qu'on voudrait lui substituer. Ces hydrolats ont, sur les infusions, l'avantage d'être très peu chargés de matières organiques proprement dites, et par suite de ne pas apporter dans le mélange d'éléments altérables. Les essences qu'ils contiennent (l'hydrolat de menthe en particulier) sont douées, d'ailleurs, elles-mêmes, de propriétés antiseptiques.

(Répertoire de pharmacie).

VII. GARGARISME CONTRE LA STOMATITE DIPHTHÉRITIQUE — DESCROIZILLES

Quinquina rouge	10 grammes.
Eau	138 —

Faites une décoction.

Roses rouges	3 grammes.
Eau bouillante	150 —

Faites infuser, réunissez à la décoction de quinquina, et ajoutez :

Teinture de myrrhe	4 grammes.
Acide chlorhydrique	6 gouttes.

Pour un gargarisme à employer dans le cas de stomatite diphthéritique ou gangréneuse. — N. G.

(Union Médicale.)

MISCELLANEA

I. Gangrène produite par les injections d'antipyrine. — II. Cure radicale de la grenouillette. — III. Des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal chez les enfants.

I. — GANGRÈNE PRODUITE PAR LES INJECTIONS D'ANTIPYRINE

M. Verneuil a signalé à l'Académie de médecine, dans sa séance du 3 novembre, des cas de gangrène sur des points où on avait fait des injections d'antipyrine. Puisque certains auteurs ont donné des

formules d'injections sous-gingivales pour obtenir l'anesthésie pendant les opérations dentaires, on jugera utile de tenir compte des observations de l'éminent professeur qui confirment les expériences de MM. Chauvin et Papot communiquées à la Société d'Odontologie.

II. — CURE RADICALE DE LA GRENOUILLETTE

M. Félizet. — Bien que les procédés de traitement chirurgical de la grenouillette soient très nombreux, il est difficile d'affirmer qu'après avoir eu recours à l'un quelconque d'entre eux, la guérison sera définitive. On ne peut guère être assuré qu'il n'y aura pas de récidive que par l'extirpation radicale. Voici comment je pratique cette opération :

J'injecte d'abord, sous la muqueuse, douze gouttes d'une solution de cocaïne au vingtième, puis une dizaine de centimètres cubes d'eau boriquée dans le but de rendre la tumeur bien visible. Ensuite je mets à nu la tumeur par une incision superficielle, je la dégage de ses adhérences, je la ponctionne et remplace le liquide évacué par une éponge qui transforme la cavité en tumeur solide, ce qui permet facilement de l'énucléer jusqu'au pédicule.

J'ai employé ce procédé chez deux malades auxquels j'ai pu ainsi enlever la tumeur dans sa totalité.

(*Société de chirurgie.*)

III. — DES TUMEURS ADÉNOÏDES DU PHARYNX NASAL CHEZ LES ENFANTS

M. Ollivier donne lecture, à l'occasion d'un travail de M. Chaumier (de Tours) sur ce sujet (voir *Semaine Médicale*, 1890, p. 84), d'un rapport que nous résumons ainsi :

Les arguments sur lesquels s'appuie l'auteur du mémoire pour proclamer l'indépendance de la scrofule et des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal ne paraissent pas décisifs à M. Ollivier. Rien ne prouve dans les faits cités par M. Chaumier que les malades et leurs ascendants n'aient pas eu des manifestations cutanées, muqueuses, oculaires, etc., qu'on rattache d'habitude à la scrofule.

Les points relatifs à l'âge sont mieux établis. On a dit que les tumeurs adénoïdes s'observaient surtout chez les enfants de sept à huit ans, c'est une erreur : on les observe plus tard et surtout plus tôt, et peut-être même sont-elles congénitales.

Vers dix-huit ou vingt ans, les végétations adénoïdes tendent à disparaître.

L'orateur s'élève ensuite contre l'opinion de M. Chaumier, qui veut que les tumeurs adénoïdes soient la cause des « terreurs nocturnes » qu'on observe chez certains enfants. Cet accident s'est présenté chez 26 de ses malades sur 232, mais l'auteur ne nous dit pas quel était leur état nerveux. Pouvait-on mettre complètement l'hystérie hors de cause? L'orateur ne croit pas, d'après ce qu'il a observé, que cette supposition puisse être écartée.

En ce qui concerne le pronostic des tumeurs adénoïdes, les remarques de M. Chaumier sont exactes. Il est certain que les tumeurs

adénoïdes sont graves, parce qu'elles peuvent amener la perte de l'audition, l'arrêt du développement de l'intelligence, la surdimutité, graves encore parce qu'elles peuvent entretenir des bronchites à répétition et de l'asthme Il sera donc du devoir des médecins de rechercher de bonne heure l'existence de ces tumeurs adénoïdes afin de les combattre avant qu'elles aient produit des accidents.

(*Académie de médecine*, séance du 17 janvier 1891.)

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

I. — SUR UN NOUVEAU CHALUMEAU A ESSENCE MINÉRALE

Académie des sciences (17 août 1891).

« L'appareil comprend trois organes essentiels : le chalumeau proprement dit, un carburateur, une soufflerie à double vent.

» Le chalumeau est formé d'un seul tube, comme le chalumeau à bouche des bijoutiers. Le bec a ceci de caractéristique qu'il émet deux sortes de flammes : une flamme centrale, à pointe très effilée, et de petites flammes latérales, en forme de pétales ou de couronne suivant la direction de leurs canaux, ces dernières servant à amorcer la première et à en entretenir l'activité.

» Le carburateur sert à trois usages : 1° à mélanger air et vapeurs d'essence en quantités variables à volonté ; 2° à dépouiller le combustible de tous ses éléments utilisables ; 3° à régler à volonté la longueur de la flamme du chalumeau. Ces résultats sont obtenus simultanément au moyen de deux robinets et d'un saturateur. L'un des robinets, dit *doseur-mélangeur*, a une structure spéciale ; l'autre est de type courant.

» Le doseur-mélangeur, en raison de la double canalisation de son boisseau et de la rainure oblique de sa clef, distribue l'air de la soufflerie, partie à l'intérieur du carburateur, partie directement au chalumeau, de façon à modifier le mélange au gré de l'opérateur.

» Le saturateur présente deux dispositions : ou bien c'est un tube plongeur, dit *bourbouilleur*, à extrémité inférieure recourbée, terminée en cul-de-sac et percée de trous horizontaux alarmants ; ou bien c'est un injecteur pulvérisateur dit *système Giffard*, par exemple. Dans le premier cas, l'air qui est distribué au carburateur est porté directement jusqu'au fond et dans toute l'étendue du liquide combustible ; dans le second cas, il pulvérise le liquide, en vase clos, en même temps qu'il s'imprègne de ses vapeurs.

» En tournant progressivement la clef du robinet doseur-mélangeur, on arrive aisément à réaliser les conditions d'une parfaite combustion ; c'est ce dont on est averti par l'aspect même de la flamme. Celle-ci,, d'abord largement teintée de blanc et fuligineuse, va s'épurant jusqu'à devenir d'un bleu violet et d'une grande limpidité. A ce point, elle a son maxium d'intensité calorifique [1].

1. Un petit amas de fils de platine de 1/2 millimètre, exposé entre deux flammes pointe à pointe, la soufflerie fonctionnant à toute vitesse, a subi un commencement de fusion. Or, suivant M. Debray, le platine fond à 1800°.

» En ouvrant plus ou moins le deuxième robinet, qui est de type ordinaire, on allonge ou on raccourcità volonté la flamme.

» En modifiant les rapports entre la section de l'orifice central du bec et celle de ses trous latéraux d'amorçage, on obtient des flammes de diamètres différents, depuis 1 m/m à la base jusqu'à 3 m/m, 4 m/m et au delà. »

II. — AMALGAME D'ALUMINIUM

Le Dr Carroll vient de composer un nouveau ciment qu'il a présenté à une Société de New-York. Il indique comme avantages ce que chaque praticien qui imagine un amalgame revendique pour sa préparation : absence de rétraction, densité, force extraordinaire des bords, point d'oxydation. Les obturations qu'il a conservées dans une boîte avec une monnaie d'argent et de la gomme à effacer montraient un éclat blanc remarquable, tandis que la pièce d'argent s'était noircie par suite du soufre de la gomme.

(Zahntechnische Reform.)

III. BREVETS D'INVENTION RELATIFS A L'ART DENTAIRE

I. BREVETS DEMANDÉS EN FRANCE DU 22 MARS AU 4 NOVEMBRE 1891 [1]

Campbell. — No 213.821 du 1er juin 1891 — Perfectionnements dans les tours dentaires.

Marshall. — No 214.470 du 27 juin 1891. — Perfectionnements aux dentiers artificiels.

Taylor. — No 215.051 du 23 juillet 1891. — Perfectionnements dans les dents artificielles et dans la manière de les fixer aux plaques dentaires.

Garret. — No 217.104 du 28 octobre 1891. — Appareil contre le mal aux dents.

Linharth et Donath. — No 217.203 du 4 novembre 1891. — Brosse à dents perfectionnée.

Caracatsanis. — No 217.304 du 4 novembre 1891. — Dents artificielles sans plaque et sans crochets système du Dr Caratsanis.

II. BREVETS ALLEMANDS

a) Demandés :

S. 6.051. Maillet à percussion. A. Salz, Fribourg en Brisgau.

b) Accordés :

No 60.956. Pièce à main pour tours dentaires. H. Hampel et J. Weber, Berlin, du 4 mars 1891.

No 60.962. Presse pour dentiers de caoutchouc. J. P. Bomath, Crefeld, du 24 avril 1891.

No 61.306. Miroir à bouche ajustable au menton du patient. H. Owert, du 3 mai 1861.

Modèles.

No 1.374. Appui-tête mobile pour fauteuils d'opération. J. Heller, Munich.

1. Pour les brevets francais, communication de MM. Marillier et Robelet, office international pour l'obtention des brevets d'invention en France et à l'étranger, 42, boulevard Bonne-Nouvelle, Paris.

N° 1.702. Maillet à percussion avec tige écrivante. E. Singenberg.
N° 1.848. Fraises dentaires. Ehrlich et Kohlo.

III. BREVETS ANGLAIS

N° 22.840 du 31 déc. 1891. Moyen perfectionné de nettoyer les dents. Ch. W. Formby.

b) Accordés :
N° 19.522, de 1890. Leadbetter, dents artificielles.
N° 21.199, de — Peirce, tours dentaires.
N° 19 281, de 1898. Mann, brosses à dent.

IV. BREVETS AMÉRICAINS

Du 15 décembre 1891.
N° 465.076. Modèles de plaques pour dentiers, M. R. Griswold.
N° 465.337. Maillet à percussion, M. L. Bosworth.
Du 22 décembre 1891.
N° 465.735. Appareil de vulcanisation dentaire, G. R. Snow.
N° 465.555. Séparateur pour dents, F. H. Cross et C. H. Davis.
N° 465.457, 465.458, 465.459, 465.460, dents artificielles, J. S. Campbell.
Du 29 décembre 1891.
N° 465.952, 465.953. Fauteuils d'opérations, D. Stuck.

(*Monatsschrift des Vereins deutscher Zahnkünstler.*)

CORRESPONDANCE

Nous avons reçu de M. Thioly-Rejard, de Genève, une lettre nous informant que nous ayons à *éliminer* son nom de la liste des membres correspondants qui figurent sur la couverture du journal l'*Odontologie*.

Nous ne reproduirons pas *in-extenso* la trop longue épître dans laquelle il motive sa démission. Nous nous bornerons à répondre quelques mots aux principaux arguments qu'elle contient.

M. Thioly est absolument partisan de la liberté de l'art de guérir, il est persuadé : « que la protection de l'Etat n'est, en quelque sorte qu'un » paravent derrière lequel se cachent les *incapables* et les *faiseurs*, très » heureux d'allier leurs intérêts avec le favoritisme le plus effronté... »

Il ajoute encore : « qu'il se fait un devoir de suivre dans leur retraite » les membres du précédent Conseil qui ont été renversés parce qu'ils » étaient libertaires, etc..... »

Le respect que l'on doit aux vaincus, la fidélité à l'amitié et aux pouvoirs déchus sont des sentiments très respectables et que l'on ne peut qu'approuver, mais ils ne doivent pas être exprimés au détriment de la vérité.

Parmi les membres du conseil *renversés*, comme le dit M. Thioly, TROIS seulement étaient partisans de la réglementation.

c. q. f. d.

Ceci dit, rien ne s'oppose à ce que nous approuvions la conduite de M. Thioly. Elle est très louable en la circonstance et peut être donnée en exemple à tous les serviteurs d'une cause quelle qu'elle soit

Mais que dire de la façon peu aimable sinon malveillante avec laquelle M. Thioly traite les partisans de la réglementation ?

Nous autres, les réglementateurs, que M. Thioly, avec sa rude franchise helvétique, intitule *incapables* et *faiseurs*, nous n'en usons pas de même avec nos adversaires libertaires.

Nous échangeons parfois, il est vrai, dans les tournois de la polémique, de rudes coups d'estoc et de taille et les blessures y sont souvent cruelles, mais point vénimeuses. Nous n'avons jamais reproché à ceux de nos collègues qui dirigent l'agitation en faveur de la liberté d'exercice d'être des *incapables* ou des *faiseurs*, mais bien d'agir en sorte que l'*incapacité* et le *charlatanisme*, fruits de la liberté, puissent continuer à déshonorer notre profession.

Pour appuyer son dire, sans doute, M. Thioly énumère avec un certain orgueil, et sans en omettre un seul, les nombreux titres qu'il possède et dont nous ne contestons nullement l'authenticité.

Nous copions :

« A. Thioly-Rejard.

» Diplomé médecin-dentiste fédéral Suisse,

» Diplômé — de l'Ecole dentaire de Paris,

» Autorisé par le conseil d'Etat de Genève. »

Voilà, je pense, un bagage qui n'est pas mince pour un partisan de la liberté ; un réglementateur s'en contenterait.

Eh quoi ! voulez-vous donc qu'on croie que les pays étrangers en général, et la Suisse en particulier, soient seuls dignes d'avoir des dentistes instruits et reconnus officiellement et que la France que vous aimez tant) soit le dernier rempart du charlatanisme et de l'incapacité ?

Alors ce qui est bon pour la Suisse est mauvais pour la France ?

C'est un peu l'histoire du médicament bon pour les maçons, mauvais pour les charpentiers.

Eh bien ! M. Thioly, j'ai le regret de vous le dire, vous n'avez rien inventé. Des docteurs, des médecins et mêmes des apprentis-médecins partisans de la liberté, nous avons tout cela chez nous depuis longtemps et puisque vous avez collaboré à l'*Odontologie*, vous avez dû lire ce que nous pensions à ce propos.

Nous n'insisterons pas.

Ed. Löwenthal.
D. E. D. P.

NOUVELLES

Par un iradé impérial de date récente, l'emploi de la cocaïne et du sulfonal est interdit dans toute l'étendue de l'Empire Ottoman.

(Répert. de pharm.)

CONGRÈS DENTAIRE DE L'EXPOSITION DE CHICAGO

Une réunion du comité exécutif du Congrès dentaire de l'Exposition de Chicago a été tenue le 11 janvier à Chicago pour examiner les voies et moyens et dresser un plan de travail pour l'organisation du Congrès. Le titre choisi définitivement est celui de *Congrès dentaire universel de Colombie*. La date en a été fixée du 17 au 27 août 1893. La plupart des réunions se tiendront dans le Palais des Arts, dont l'amphithéâtre peut contenir environ 3.500 personnes ; autour sont de petites salles pour les Commissions.

Toutes les sous-commissions ont été nommées, à l'exception d'une

ou deux. Une commission spéciale est chargée de fournir à la profession tous renseignements nécessaires quant aux détails.

(*Dental Cosmos.*)

L'installation de la lumière électrique à l'Hôpital dentaire de Leicester Square, à Londres, est maintenant presque terminée. Elle a été entreprise à la suite d'une donation de 100 liv. sterl. faite dans ce but ; malheureusement on assure que le prix dépassera considérablement cette somme. La commodité indéniable de cet éclairage pour les étudiants a été suffisamment prouvée.

(*Brit. J. of Dent. Sc*)

CONGRÈS SANITAIRE ET EXPOSITION MÉDICALE ET D'HYGIÈNE DE MILAN

En mai prochain, en même temps que le Congrès sanitaire, aura lieu à Milan une exposition de produits hygiéniques d'eaux minérales, d'instruments de chirurgie, etc., en un mot de tout ce qui a trait à l'hygiène et touche à l'homme physiquement et par conséquent à une éducation physique sage et rationnelle. Elle durera jusqu'à fin juin.

Les objets exposés comprendront entre autres :

1re *section*. Instruments de chirurgie (chirurgie générale, etc..., odontologie, etc.)

2e *section*. Prothèse chirurgicale (appareils orthopédiques, etc., dentiers, etc.)

3e *section*. Appareils et instruments (à l'usage des médecins et chirurgiens) en toile cirée, caoutchouc vulcanisé, gomme élastique et autres substances du même genre.

5e *section*. Produits chimiques et pharmaceutiques.

6e *section*. Subtances médicinales (médicaments antiseptiques : à l'acide phénique, au sublimé, au sulfo-phénate de zinc, à l'iodoforme, etc., coton, caoutchouc, etc.)

11e *section*. Préparations anatomiques macroscopiques et microscopiques ; modèles de cire.

12e *section*. Bactériologie.

13e *section*. Livres et journaux de médecine humaine, vétérinaire, d'hygiène et d'intérêts professionnels, cartes, tables murales, photographies, registres et règlements hospitaliers, etc.

Des médailles et diplômes seront décernés aux expositions les plus méritantes.

L'envoi des objets est admis jusqu'au 25 avril.

(*Il progresso dentistico*, mars 1892.)

La chaire d'histologie vacante à l'Université de Pensylvanie, aux Etats-Unis a été offerte au Dr Miller — qui l'a acceptée — bien connu dans le monde dentaire comme professeur de dentisterie pendant plusieurs années à l'Université de Berlin.

(*Brit. J. of Dent. Sc.*)

Le Dr Josef Arkövy, professeur et directeur de la clinique dentaire de l'Université de Budapesth, vient d'être nommé professeur de dentisterie de l'Université royale de cette ville.

Un nouveau journal dentaire, *Odontoskop*, vient de paraître à Budapesth en langue hongroise et allemande, avec le Dr Josef Iszlaï comme rédacteur en chef.

Nous souhaitons longue vie et prospérité à notre confrère.

Une *Société odontologique romaine* vient de se constituer à Rome avec un comité directeur composé de M. Francesco Sirletti, président, Ribolla et Chamberlain, vice-présidents, Betti, secrétaire, Van Marter père, Guido Sirletti, Angelo, conseillers.

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos confrères que le Dr Herbst, de Brême, fera le dimanche 8 mai, à 9 heures du matin, à l'Ecole dentaire de Paris, une série de démonstrations dont voici le programme :

Obturations avec de l'or, de l'étain et les deux combinés par la méthode de rotation.

Fabrication de tous les instruments pour cette méthode.

Obturation avec du verre.

Email pour gencives artificielles.

Dents à pivot, couronnes.

Travail à pont.

Petites pièces en métal.

Diverses innovations.

Depuis le 4 avril M. Henry M. Justi est devenu associé de son père dans l'importante maison H. D. Justi, de Philadelphie.

AVIS

MM. les souscripteurs dont l'abonnement commence le 1er janvier 1892 sont priés de vouloir bien en faire parvenir le montant en un mandat-poste au nom de M. Martinier, trésorier de l'*Odontologie*, 173, rue Saint-Honoré, Paris.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

OUVRAGES PUBLIÉS EN FRANÇAIS

M. Charon (René). — Contribution à l'étude des anomalies de la voûte palatine dans leurs rapports avec la dégénérescence.

Amoedo. — L'aristol comme succédané de l'iodoforme dans le traitement des dents mortes (Châteauroux, 1891, Majesté, 4 p. 8°).

OUVRAGES PUBLIÉS EN LANGUES ÉTRANGÈRES

North. — Questions and answers on dental pathology and therapeutics, dental embriology, hygiene and care of children's teeth. *Questions et réponses de pathologie et de thérapeutique dentaire, d'embryologie et d'hygiène dentaire et des soins des dents chez les enfants.* (Chicago, 1891, 74 p. 5 fr. 20.)

Lein. — I. The teeth, treatment, diseases and care of them. II. Artificial teeth. *Les dents, leur traitement, leurs maladies et leurs soins. Dents artificielles.* (Ufa, 1891, Peroff, 121 p., 2 pl. 8°.)

Haderup. — Denmark. Its dentistry. *Le Danemark. Sa dentisterie.* (Copenhague, Fr. Bagge 1891.)

PÉRIODIQUES. — TRAVAUX ORIGINAUX

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE NORMALES ET PATHOLOGIQUES

Booth-Pearsall. — Dents à racines obliques. (*J. of Brit. Assoc. sept.* 91.) — **Feuchel.** La bouche de l'homme comme foyer principal d'émission des infections. (*Zahn. Woch.* 3 *oct.* 91.) — **Gaddes.** Quelques observations sur la physiologie et le siège de la douleur. (*Brit. J. of Dent. Sc. nov.* 91.) — **Hardie.** Deux cas d'éruption tardive ou de dents surnuméraires. (*Ohio J. nov.* 91.) — **Hesse.** La première molaire permanente (*Deut. Mon. f. Zahn,* 1891, 9.) — **Holmes.** La carie. (*Dom. Dent. J. nov.* 91.) — **Ingersoll.** Méthodes histologiques et résultats (*Int. Dent. J. nov.* 91.) — **Iszlaï.** Quelques mots sur la nomenclature des malpositions. (*Viertelj. f. Zahn. oct.* 91.) — **Kilmer.** La pyorrhée alvéolaire (*Dom. Dent. J. nov.* 91.) — **Kraus.** Deux dents jumelles (*Viert. f. Zahn. oct.* 91.) — **Leggo.** La première dentition. (*Dom. Dent. J. nov.* 91). — **Miller.** La bouche comme foyer d'infection. (*Dent. Cosm. oct.* 91.) — **Mummery.** Méthodes de recherches en bactériologie. (*J. of. Brit. D. Ass. sept.* 91.) — **Nessel.** Deux cas de déviation dentaire. (*Viert. f. Zahn. oct.* 91.) — **Piménides.** Etude sur la fétidité de la bouche et de l'haleine. (*Rev. trim. suisse d'odont. sept.* 91.) — **Platschick.** Contribution à l'étude des anomalies de siège et de développement. (*Progr. dentistico, oct.* 91.) — **Rodriguez.** La gingivite expulsive dans l'île de Cuba. (*An. de la Soc. od. de la Hab. oct.* 91.) — **Simons.** La physiologie. (*South. Dent. J. sept.* 91.) — **Sims.** La fermentation dans la bouche humaine. (*Dent. Rev. sept.* 91.) — **Smith.** Phagocytose (*Dent. Cosm. oct.* 91.) — **Struiken.** Recherches sur la résorption des dents de lait et les odontoblastes. (*Dent. Mon. f. Zahn.* 1891, 9.) — **Tuck.** La pyorrhée alvéolaire ou maladie de Rigg. (*Brit. J. of. Dent. Sc.* 1er *oct.* 91.) — **Weber.** Les dents privées de pulpe. (*An. de la Soc. Odont. de la Hab. août* 91.)

DENTISTERIE OPÉRATOIRE. THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALE. MATIÈRE MÉDICALE

Bandmann. La suggestion, son emploi et son importance pour la dentisterie. (*Deut. Mon. f. Zahn.* 1891, 9.) — **Breese.** Quelques opérations de petite chirurgie exécutées dans la bouche ou près d'elle. (*Dent. Rec. nov.* 91.) — **Buxton.** Choix des antiseptiques en chirurgie dentaire. (*J. of the Brit. Dent. Ass.* 15 *oct.* 91.) — **Custer.** Action physiologique des calmants. (*Dent. Cosm. oct.* 91.) — **Isoo.** Conservation d'une obturation au ciment par un dépôt de tartre. (*Viert. f. Zahn. oct.* 91.) — **Jerman.** La pyorrhée alvéolaire et son traitement. (*Dent. Rev. oct.* 91.) — **Junkerman.** L'alvéolotomie. (*Int. Dent. J. nov.* 91.) — **King.** Couronnes d'or. (*Brit. J. of. Dent. Sc.* 15 *sept.* 91.) — **Kremer.** Chirurgie buccale. (*Dent. Rev. oct.* 91.) — **Marshall.** La pyoktanine dans le traite-

ment des excroissances cancéreuses. (*Dent. Cosm. oct.* 91.) — **Metcalf.** Obturations de verre. (*Dent. Cosm. oct.* 91.) — **Moore.** Revêtement de ciment pour les dents temporaires et les dents permanentes. (*Dent. Rev. sept.* 91.) — **Ottolengui.** Méthodes d'obturation. (*Dent. Cosm. oct.* 91.) — **Patten.** Enlèvement de la pulpe avec la cocaïne. (*Brit. J. of. Dent. Sc.* 15 *oct.* 91.) — **Practicus.** Emploi du massage en dentisterie. (*Zahn. Ref.* 13, 1891.) — **Puppe.** Traitement antiseptique de la pulpe. (*Mon. der Ver. deut. Zahn.* 1891, 11.) — **Riegner.** Couronnes d'or. (*Deut. Mon. f. Zahn.* 1891, 91.) — **Robertson.** Un cas de réimplantation. (*Brit. J. of Dent. Sc.* 15 *sept.* 91.) — **Sachs.** Préparation des cavités cariées pour l'obturation. (*Deut. Mon. f. Zahn.* 1891, 9.) — **Teague.** Dentisterie opératoire. (*South. Dent. J. sept.* 91.) — **Weber.** Considérations sur l'antiseptie en dentisterie. (*An. de la Soc. Od. de la Hab. oct.* 91.) — **Weil.** Réimplantation et implantation des dents (*Deut. Mon. f. Zahn.* 1891, 9.)

ANESTHÉSIE

Fischer. Un cas d'empoisonnement par la cocaïne. (*Therapeut. Monatsh.* 3.) — **Hollaender.** Le pental comme anesthésique. (*J. f. Zahn.* 1er *nov.* 91.) — **Montfort.** Remarques sur le chlorure d'éthyle comme anesthésique local. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.* 18, 91.) — **Scheller.** Le chlorure d'éthyle (*Rev. trim. suis. d'od. sept.* 91.) — **Wiesendanger.** Nouveau procédé pour la production de l'anesthésie locale. (*Poulson's viert. Ber. janv.* 91.) — **Wiesendanger.** Le froid comme moyen de production de l'anesthésie locale. (*Zahn. Woch.* 3 *oct.* 91.)

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALE DES AFFECTIONS DE LA CAVITÉ BUCCALE ET DES MAXILLAIRES

Eitelberg. Troubles auditifs dus à un tampon imbibé d'éther placé dans une dent creuse. (*Wien. Med. Woch.*, 3.) — **Berthaux.** Luxation de la mâchoire inférieure. (*Rev. Odont.* 1891, 10.) — **Billeter.** Causes des hémorragies dangereuses après les extractions et leur traitement immédiat. (*Rev. trim. suis. d'od. sept.* 91.) — **Bowtell.** Cas d'abcès alvéolaire compliqué d'hémorragies nombreuses et abondantes et d'une facture du maxillaire inférieur. (*Dent. Rec.* octobre 91.) — **Brandenburg.** Douleurs rhumatismales de la face. (*Viert. f. Zahn* octobre 91.) — **Cianchi.** Cas d'abcès alvéolaires chez un enfant de 2 ans. (*Scienz. dent.* 1871,3.) — **Graves.** Cas de carie tuberculeuse des faces palatines du maxillaire supérieur guérie par la tuberculine. (*J. of Brit Dent. Ass.* 15 octobre 91.) — **Lempert.** Un cas de nécrose du maxillaire chez un enfant de 4 ans. (*Rev. odont.* 1891, 10.) — **Lichtwitz.** Du diagnostic de l'empyème latent de l'antre par le lavage explorateur. (*Brochure in-8 de 16 pages.*) — **Maberly.** La vulcanite et la chirurgie dentaire. (*Brit. J. of Dent. Ass.* 15 octobre 91.) — **Moure.** Des faux empyèmes de l'antre d'Hygmore. (*Rev. odont.* 1891,10.) — **Patterson.** Maladies de la membrane muqueuse. (*Dent. Cosm. octobre* 91.) — **Patterson.** Fracture du maxillaire inférieur par un coup de feu. (*Dent. Cosm. octobre* 91.) — **Tuck.** Deux cas de paralysie dûe à des dents malades. (*Brit. J. of. Dent. Sc.* 15 *octobre* 91.) — **Woolverton.** Maladie de l'antre d'Hygmore. (*Dom. Dent. J. novembre* 91.)

PROTHÈSE ET ORTHOPÉDIE DENTAIRES

Abonyi. Le redressement. (*Viert. f. Zahn. novembre* 91.) — **Bulin.** Installation pour la meule. (*Mon. d. Ver. deut. Zahn. septembre* 91.) — **Bulin.** Extraction des dents du caoutchouc. (*Mon. d. Ver. deut. Zahn, septembre* 91.) — **Davidsohn.** Nouvelle méthode de confection de mo

dèles de zinc. (*Zahn. Reform.* 16, 1891.) — **Dittmayer.** Les empreintes au plâtre. (*Mon. d. Ver. deut. Zahn.* 1891, 11.) — **Heyden.** Nouvelle méthode pour retenir les dents artificielles dans l'avéole. (*Corr Bl f. Zahn.* 1891, 20.) – **Johnson.** L'art en présence de la nature dans la forme des contours. (*Dent. Rev. septembre* 91.) — **Lennox.** Métal fusible (*J of Brit D Ass. septembre* 91.) — **Leutig.** L'aluminium et ses alliages ; sa production. (*Deut. Mon. f. Zahn.* 91, 9.) — **Lux.** Confection de plaque en cire à modeler. (*Zahn. Ref.* 16, 1891.) — **Macleod.** Méthode de Dall pour empêcher le mouvement latéral et en avant chez les édentés (*J. of. Brit. Dent. Ass.* 15 *oct.* 91.) — **Parris.** Modèles en plâtre avec face antérieure en amalgame de cuivre pour dents ou racines importantes. (*Corr Bl. f. Zahn.* 1891, 20.) — **Petry.** Une deuxième pièce de caoutchouc. (*Zahn. Ref.* 15, 91.) — **Praktikus.** L'or étain. (*Zahn Ref.* 16, 1891.) — **Rose.** Gencive continue. (*Dent. Rec. nov.* 91.) — **Tilleston.** Cas de prothèse palatine. (*South. Dent J. sept* 91.) — **Weiser.** Deux petits ponts corrélatifs à une implantation de dents artificielles. (*Viert. f. Zahn. oct.* 91.)

HYGIÈNE

Brunsmann. Hygiène dentaire dans les écoles. (*Beib. J. deut. Mon. f. Zahn juil.* 91.) — **Fisher.** Examen soigneux des dents des enfants des écoles, des soldats et des marins. (*J. of Brit. Dent Ass* 15 *oct.* 91.) — **Hinkins.** Soins des dents temporaires. (*Dent. Rev. sept.* 91.) — **Smith.** L'hygiène dentaire. (*South. Dent. J. sept.* 91.)

APPAREILS ET INSTRUMENTS

Bandmann. Bâillon avec fixation sûre. (*Corr. Bl. f. Zahn.* 1891, 20.) — **Dorez.** Divers procédés pratiques de nettoyage des appareils dentaires en caoutchouc vulcanisé au sortir des moufles. (*Rev. odont. oct.* 91.) — **Edgelow.** Valves de caoutchouc. (*Quart. circul. sept.* 91.) — **Edgelow.** Pince pour le coton à absorber. (*Quart. circul. sept.* 91.) — **Ernst.** Quelques mots sur la stérilisation des instruments. (*Int. Dent. J. novembre* 1891.) — **Fletcher.** Nouvelle méthode pour actionner par un courant électrique le tour dentaire suspendu. (*Int. Dent. J. nov.* 1891.) — **Mac Elhinney.** L'électricité en dentisterie. (*Dom. Dent. J. nov.* 91.) — **Parris.** Cuvette pour couronnes avec articulateur perfectionné pour couronnes. (*Corr. Bl. f. Zahn.* 1891, 20.) — **Schorn.** La section dentaire de l'exposition internationale d'électricité de Francfort-sur-le-Mein. (*Rev. trim. suis d'od. sept.* 91.) — **Stolper.** Appareils en aluminium. (*Zahn. Ref.* 13. 1891.) — **Wellauer.** La presse hydraulique, le métal Victoria, le doublé or Victoria, le zinc chimiquement pur et leur emploi en dentisterie. (*Rev. trim. suis. d'od. sept.* 91.)

DEONTOLOGIE

Buxton. La dentisterie est-elle une profession dangereuse ? (*Dent. Rev. oct.* 91.) — **Klatte.** L'enseignement dentaire. (*South. Dent. J. sept.* 91.) — **Martindale.** Examen des diplômés par des conseils d'examinateurs des Etats. Son rapport avec les écoles dentaires. (*Dent. Rev. oct.* 91.) — **Nothnagel.** Les limites de l'art de guérir. (*Zahn. Woch.* 24 *oct.* et 7 *nov.* 91). — **Ottofy.** L'enseignement dentaire. (*Dent. Rev sept.* 91.) — **Stokoe.** — L'enseignement dentaire. (*Brit J. of. dent. Sc.* 1er *oct.* 91.) — **X.** Avantages et inconvénients du décret du 24 avril 1891 sur l'exercice de l'art dentaire. (*Progr. dent. oct.* 91.)

Vol. 12. Paris, Mai 1892 N° 5.

TRAVAUX ORIGINAUX

UN CAS DE FRACTURE DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR APPAREIL CONTENTIF

Par M. P. Martinier, chef de clinique à l'École dentaire de Paris.

Communication à la Société d'Odontologie.

Séance du mardi 3 *mai* 1892.

M. X..., emballeur, âgé de 49 ans, fut victime d'un accident le 25 octobre dernier. A la suite d'une chute, une caisse lui tomba sur le côté droit de la face, et la mâchoire inférieure fut pressée violemment contre le sol.

Le docteur appelé par le malade le traita jusqu'au 6 novembre et se décida ensuite à l'adresser à la clinique de l'École.

A l'examen nous constatâmes:

1° Une fracture du maxillaire inférieur, siégeant à la symphise du menton ; sa direction est verticale d'abord et s'étend ensuite obliquement à gauche. Les bords osseux fracturés sont taillés en biseau.

Comme la caisse n'a point porté directement sur la région où l'os est rompu, nous avons affaire à une fracture de cause indirecte, résultant de la compression du maxillaire inférieur entre le corps vulnérant et le sol ; cette compression tendait, en effet, à effacer sa courbure physiologique.

2° Une fracture partielle, horizontale, du bord alvéolaire du même os, partant de la ligne médiane des incisives et s'étendant jusqu'à la canine gauche.

Les tablettes alvéolaires, interne et externe, adhéraient aux dents qui, elles-mêmes, n'étaient retenues que par des lambeaux de gencive.

Il existait une suppuration abondante, et les deux dents et leurs débris alvéolaires baignaient dans le pus.

Le malade présentait tous les symptômes classiques des fractures du maxillaire inférieur.

Indépendamment de la douleur ressentie au moment de l'accident et réveillée par les mouvements de la mâchoire, gêne dans la déglutition.

Impossibilité de mastication ;

Tuméfaction de la région fracturée ;

Sang mêlé à la salive ;

Chevauchement des fragments que l'on constatait en saisissant

la mâchoire avec les deux mains, d'un côté et de l'autre du foyer de la fracture.

Mais, le symptôme le plus frappant était le déplacement du côté gauche du maxillaire, et par cela même la diminution du diamètre de la courbure de la mâchoire.

L'articulation n'existait plus, la face linguale des molaires supérieures venant s'articuler sur la face labiale des molaires inférieures.

J'ajouterai à ces symptômes l'aspect cachectique du malade dont le teint est jaune et plombé ; c'est une conséquence normale de l'altération de la nutrition, par suite de l'impossibilité de la mastication.

Je dois aussi mentionner le traitement prescrit jusqu'alors au malade, et qui consistait en gargarismes et en frictions faites sur la partie externe de la joue, avec une pommade, ce qui me fait supposer que le médecin qui le soignait ne le traitait pas pour une fracture.

Je procédai immédiatement à l'extraction des dents fracturées et des bords alvéolaires, et fis des lavages étendus au moyen d'injections d'eau phéniquée et iodée.

Une difficulté venait s'adjoindre à la prise de l'empreinte, par suite du temps écoulé depuis la fracture : la constriction des mâchoires ne permettait que difficilement l'introduction du porte-empreinte chargé de plâtre.

Après quelques efforts, je fus assez heureux pour obtenir une empreinte satisfaisante.

Ayant déjà exécuté, comme préparateur des cours de thérapeutique spéciale, une série d'appareils types pour fractures du maxillaire inférieur, je n'avais que l'embarras du choix, et l'appareil le plus perfectionné étant celui imaginé par M. Martin, de Lyon, j'aurais pu l'appliquer. Mais, s'il est le plus perfectionné, je ne crois pas qu'il soit le plus pratique. Me rappelant les difficultés que j'avais rencontrées dans la confection de l'appareil qui est au musée (la manipulation de la tôle d'acier n'étant pas fréquente dans nos laboratoires), je m'arrêtai alors à la coiffe genre Martin, en aluminium.

Je ne voulais pas me servir de mentonnière ni même de fronde, l'emploi de la mentonnière n'étant nécessaire, à mon avis, que dans le cas de fracture comminutive, de fracture du condyle, de la branche montante du maxillaire, de plaie contuse du menton.

Mais, dans les cas de fracture simple, je crois qu'il y a avantage à conserver à l'articulation temporo-maxillaire son fonctionnement normal, de manière à permettre au malade la mastication le plus tôt possible.

L'indication fondamentale, c'était d'obtenir une rétention parfaite et une rigidité complète de l'appareil.

Je pris donc une plaque d'aluminium au 12 de la filière et estampai bien exactement cette plaque sur mon maxillaire dont les modèles avaient été sectionnés au niveau de la fracture et reconstitués ensuite d'après l'articulation, laissant descendre le métal un peu plus bas que le collet des dents et dégageant de la moitié de la hauteur les dents voisines de mon point fracturé afin de pouvoir mieux les surveiller et faire facilement les lavages.

Comme deux molaires manquaient, je me servis de l'espace libre pour ajouter à ces points du caoutchouc vulcanisé, destiné à donner plus de résistance à ma gouttière et à faciliter sa rétention.

Ceci fait, je perçai une certaine quantité de trous dans mon appareil, plusieurs au niveau des espaces inter-dentaires. Ils devaient servir à la rétention et à l'introduction de la canule, afin de permettre des lavages antiseptiques sous l'appareil.

Il ne me restait plus qu'à réduire la fracture et à poser l'appareil.

Il est, en général, peu facile de procéder seul à la réduction d'une fracture et à la pose immédiate d'un appareil contentif : c'est pourquoi je priai mon collègue et ami Gravollet de vouloir bien m'assister dans cette opération ; et je m'en félicitai lorsque le malade se présenta et que nous constatâmes un commencement de consolidation de la fracture, le cal s'étant formé et nous opposant une résistance inattendue. Nous fûmes obligés de séparer à nouveau nos bords fracturés, ce qui ne se fit pas sans difficultés ni sans douleur pour le patient.

L'appareil mis en place, le meilleur point de rétention se trouvait au niveau des deux prémolaires, qui étaient très solides et très serrées.

Au lieu de fixer l'appareil à l'aide de vis ou de coins, comme j'en avais primitivement l'intention, nous pensâmes que deux fortes tiges métalliques passées entre ces deux dents, au niveau du collet, suffiraient pour donner la rétention nécessaire. Nous traversâmes l'espace interstitiel avec un foret monté sur le tour à fraiser, et après avoir fait ainsi de la place à nos deux tiges, nous n'eûmes qu'à les introduire de force et à les river de chaque côté de notre attelle.

Quoique mon malade n'ait pas pratiqué les lavages antiseptiques aussi souvent que je le lui avais recommandé, au bout de quelques jours, il pouvait mastiquer des aliments semi-solides, et dix jours après, il reprenait son travail, la suppuration avait complètement disparu et la cicatrisation était en bonne voie.

Je n'enlevai l'appareil qu'un mois après, c'est-à-dire lorsque je fus bien sûr qu'il n'y avait plus de danger à le faire et que la consolidation était parfaite.

A ce moment la guérison était effectivement complète.

Je vous présente en même temps l'appareil qui a servi à la contention, ainsi que les moulages avant et après la réduction.

Je crois que, dans la plupart des cas de fracture simple, un appareil de ce genre est suffisant. Sa construction est facile et il est très bien toléré.

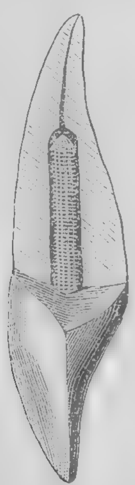
UN NOUVEAU PIVOT

Par M. Levett.

Communication à la Société d'Odontologie.

Séance du 8 mars 1892.

J'ai l'honneur de vous présenter une nouvelle forme de pivot, dont l'idée m'est venue d'après la fraise que nous employons pour la préparation des racines. Je crois que ce pivot sera plus solide que les autres pivots aujourd'hui en usage. La solidité et la fixation dans les dents à pivots sont choses de très grande importance. Quand les racines sont bien soignées, il est rare que l'on soit forcé d'enlever le pivot, excepté cependant dans les cas de fracture de la dent. Si ce fait arrive, avec un foret très fin, il peut être enlevé avec autant de facilité qu'avec les autres formes de pivots. De plus, avec ce système, on peut se dispenser d'appliquer la gaîne, laquelle, d'après mon avis, est mauvaise, attendu qu'on est forcé, pour l'introduire dans le canal dentaire, d'élargir ce dernier au détriment de sa force. Les matières ordinairement employées pour la fixation des pivots sont l'amalgame, le ciment et la gutta-percha. L'amalgame laisse à désirer, à cause de la difficulté de son application ; le ciment lui est préférable ainsi que la gutta-percha. J'ai beaucoup employé cette dernière matière pour fixer mes pivots avec succès. Voici comment je procède : j'obture bien l'extrémité de ma racine avec une petite boulette de gutta trempée dans une solution de *chloro-percha* en y adjoignant du salol ou de l'eucalyptol, ensuite, je termine l'obturation de ma racine, puis je chauffe mon pivot et le place en appuyant très fort ; de cette façon j'obtiens une fixation très solide.



Ce pivot, qui est en platine, peut-être placé indistinctement dans l'amalgame ou le ciment. Nous devons à l'obligeance de MM. Contenau et Godart fils, qui le fabriquent, le cliché ci-dessus réprésentant la façon dont il est inséré dans la racine.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 5 avril 1892.

Présidence de M. Gillard, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. Francis Jean, secrétaire général, donne lecture du procès-verbal.

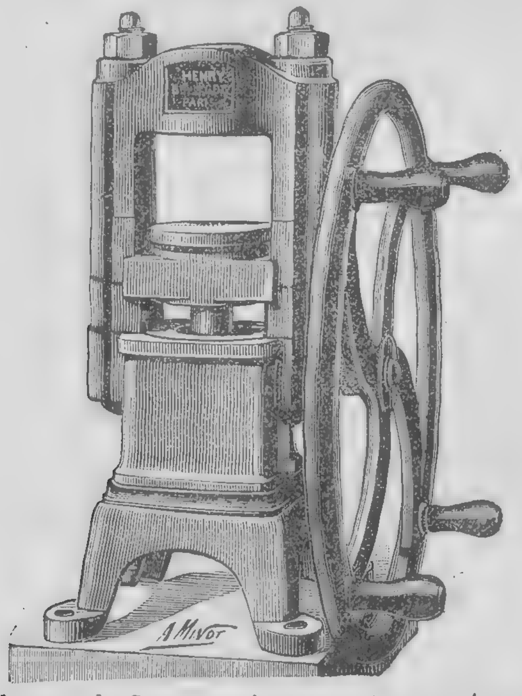
M. Viau. — Dans les quelques mots que j'ai prononcés à propos du rodage le procès-verbal ne mentionne pas le nom du dentiste de Rouen qui s'en est occupé. Je l'avais pourtant cité : c'est M. Bugnot, D. E. D. P., un de nos distingués confrères.

Sous le bénéfice de cette observation le procès-verbal est adopté.

I. Présentation d'une nouvelle presse a estamper, par M. Victor Simon

M. Simon. — Si vous voulez bien le permettre, je laisserai le soin de vous fournir des explications sur cette presse à M. Ed. Henry qui l'a construite. (Il présente des échantillons de métal estampé.)

M. Henry. — Cette presse comprend une forte vis en acier, dont le pas est de 9 mm., qui peut monter et n'a que la mobilité verticale,



un écrou en bronze de Caccon qui tourne et ne peut monter, c'est-à-dire qui a la mobilité de rotation seule, et qui est muni de 20 dents,

une arcade maintenue par des boulons en fer de première qualité, enfin un volant à 4 poignées dû à M. Anjubault.

La force que permet de développer cet appareil est seule intéressante pour vous ; elle est fondée sur ce principe de mécanique, savoir ce qu'on gagne en force, on le perd en vitesse, c'est-à-dire en chemin parcouru, et ce qu'on perd en vitesse, on le gagne en force. Quel est le chemin parcouru par la main en manœuvrant la presse, c'est-à-dire en tournant le volant? Les poignées sont sur un diamètre de 43 centim., soit 1350 mm. de circonférence ; comme l'écrou a 20 dents, on est obligé de faire 20 tours pour obtenir un tour complet de la vis centrale, c'est-à-dire pour la faire monter de 9 mm. En multipliant par 20 tours, je fais 27.000 mm., soit un chemin 3.000 fois plus grand que celui de la vis; je gagne donc 3.000 fois la force que j'exerce avec ma main. Si j'exerce 20 kilog. d'effort, soit 10 kil. par chaque main, j'obtiens un effort de 60.000 kil. Mais c'est l'effort théorique, car il y a les frottements qui le réduisent d'un quart, soit en somme 45.000 kilog.

Pour diminuer ces frottements j'ai apporté un perfectionnement : comme la pression que nous exerçons se répète sur l'écrou, je fais tourner celui-ci sur des billes d'acier. Ailleurs ils s'atténuent par le graissage de la vis par les trous, de sorte que l'huile ne peut pas se perdre. Une partie est en rotule et peut se mouvoir pour que le serrage s'effectue toujours bien.

Cette presse a subi de plus quelques modifications depuis qu'elle est imaginée : j'avais pensé d'abord à une petite manivelle, et plus tard je me suis décidé pour le volant. De même, la cage était plus basse, maintenant elle est plus haute.

DISCUSSION

M. Rollin. — Cette cage ne serait pas suffisante dans tous les cas.

M. Gillard. — C'est une presse pour les dentistes et pourvu que les modèles puissent entrer entre les montants, c'est suffisant. J'ai vu cette presse dans son enfance et j'avoue qu'elle a subi des perfectionnements heureux et complets. L'épreuve qu'on vient de faire devant vous d'une pièce de 5 fr. enfoncée dans du plomb le témoigne.

II. — Nouveau support pour réflecteur, par M. Victor Simon

M. Simon. — Souvent sur les tablettes que vous employez il n'y a pas assez de place pour poser le réflecteur et il y a, de plus, à craindre de le renverser. Le pied que je vous présente vous dispense de le mettre sur la tablette, de sorte qu'il n'y a plus de danger de le renverser.

M. Gillard. — Cet appareil doit être d'une grande commodité.

III. — L'hypnotisme et la psychologie de la douleur par M. le Dr Bérillon

M. le Dr Bérillon fait sur ce sujet une conférence insérée aux *Travaux originaux*, accompagnée de nombreuses projections lumineuses.

M. Gillard. — Je crois que la Société m'autorise à adresser de chaleureux remerciements au Dr Bérillon pour sa très intéressante conférence et à lui dire que nous souhaitons vivement le voir encore quelquefois parmi nous pour avoir le plaisir de l'entendre.

La séance est levée à 11 heures.

Le secrétaire général,
Francis JEAN.

REVUE DE L'ÉTRANGER

LE PENTAL

Par M. MARCUSE, Médecin-dentiste à Heidelberg.

Traduction de M. Lehr, correspondant de *l'Odontologie.*

Dans la supposition que le dernier paragraphe de l'article le *pental comme anesthésique* se rapporte à ma notice d'un numéro précédent, je me permets de faire à M. le professeur Hollaender la remarque suivante.

Il a été parlé du pental dans des rapports enthousiastes peu après le congrès des naturalistes à Halle et je reconnais avoir écrit dans mon article *hydrure d'amyle* au lieu de *pental.* M. Hollaender veut conclure de là que je me suis servi d'un autre produit que du pental. Mon produit est tiré de la même source que le sien, c'est-à-dire de la maison Kahlbaum, de Berlin. Je maintiens mon opinion émise dans le numéro précédent, à savoir que le pental n'est supérieur ni au bromure d'éthyle ni au protoxyde d'azote.

Du reste j'aurais vu avec plaisir que le professeur Hollaender complétât ses expériences sur l'amylène. Il oublie que M. Snow a, le premier, relaté les effets anesthésiques de l'amylène dans l'extraction de dents et qu'il ne compte pas moins de deux cas de mort, qui l'ont fait renoncer à l'emploi de ce produit.

Le produit de M. Kahlbaum exclut peut-être de pareils accidents. Les avantages que le pental doit posséder sur le protoxyde d'azote, produit de vieille renommée, et sur le bromure d'éthyle, d'un emploi récent, me paraissent exagérés.

Je suis prêt à reconnaître mon erreur le jour où les expériences de M. Hollaender se confirmeront.

(*Zahnärztliches Wochenblatt.*)

RAPPORT DU CONGRÈS DES DENTISTES A FRANCFORT-SUR-LE-MEIN.

Traduction de M. Lehr, correspondant de *l'Odontologie.*

465 anesthésies au bromure d'éthyle ont été faites par M. Jules Witzel, professeur à l'Université de Marbourg, dans la clinique de cette Université.

Sauf 28 cas, les résultats furent bons.

Ces 28 cas se décomposent comme suit :

9 cas de surexcitation, accès violents, dont 4 accompagnés de sueurs abondantes.

2 cas de cyanose (deux étudiants qui avaient fait des libations).

2 cas d'asphyxie qui exigèrent la respiration artificielle (j'ai constaté de nombreux cas d'asphyxie au début de l'anesthésie).

5 cas de malaise, fatigue, abattement; 3 suivis de vomissements (l'un avait trop mangé, les deux autres avaient absorbé trop de sang).

3 cas d'urines involontaires (j'ai remarqué de fréquentes irritations sexuelles).

2 cas sans résultat avec l'emploi de 30 et 60 gr. du produit.

D'après mes dernières expériences on peut anesthésier deux et trois fois le sujet pour des opérations de plus longue durée, il faut environ 1/3 de produit en moins la seconde fois que la première ; on n'a pas d'accidents à craindre. L'auteur a anesthésié 7 malades atteints d'affections cardiaques et onze phtisiques ; ces narcoses réussirent très bien, abstraction faite d'une cyanose dans un cas et de sueurs abondantes dans l'autre, ces deux cas sont à ranger parmi les affections cardiaques.

La méthode de M. Witzel diffère un peu de celle de ses prédécesseurs ; autrefois on versait beaucoup de produit sur le masque pour saisir immédiatement le sujet, tandis que M. Witzel débute avec quelques gouttes pour verser ensuite une vingtaine de grammes à la fois.

Il conclut que le bromure d'éthyle est le moins dangereux des anesthésiques, c'est pourquoi il profite de l'occasion pour le recommander.

(*Zahnärztliches Wochenblatt.*)

COMMUNICATIONS SUPPLÉMENTAIRES SUR LE PENTAL

Par M. le professeur HOLLAENDER, de Halle.

Traduction de M. Lehr, correspondant de *l'Odontologie.*

Dans ma première publication sur le pental j'avais relevé que, dans la plupart des cas, il n'y avait pas perte totale des facultés pendant l'anesthésie ; je reviens sur ce chapitre. Si l'anesthésie n'est pas profonde, on ne peut extraire que 3 ou 4 dents.

Dans les derniers temps j'ai fait beaucoup d'anesthésies profondes, je puis dire qu'il y a eu chaque fois perte totale des facultés au point que, malgré le commandement le plus autoritaire, le client n'ouvrait plus la bouche. Quand il serre ses dents il est certainement encore sous l'influence de l'idée qu'il avait en s'endormant « empêcher l'opérateur de commencer trop tôt ». Si cela se présente, il faut attendre quelques secondes, il y aura relâchement complet ; il ne peut certes pas être question de contractions spasmodiques des muscles masticateurs, comme cela a lieu avec le bromure d'éthyle.

Le pental offre encore cet avantage sur ce dernier et surtout sur le chloroforme : on peut commencer à opérer avant le sommeil profond, ce qui n'est pas le cas ni pour le premier ni pour le second ; avec le bromure d'éthyle il faut un sommeil profond ; avec le cloroforme, si l'anesthésie est incomplète, on risque une issue fatale — 5 à 8 centimètres cubes me suffisent généralement.

Dans ma clinique, où mes élèves ont suivi, montre en main, le temps qu'il fallait pour arriver au sommeil profond, nous avons constaté que l'anesthésie était atteinte au bout de 40 à 50 secondes, mais il m'a aussi fallu 1 minute 1/2 et jusqu'à 3 minutes.

Jusqu'ici il m'a été impossible de constater par des signes ou des indications particulières du sujet le moment de l'anesthésie profonde, généralement la pupille réagit très longtemps, le facies au contraire ne subit aucun changement.

Dans la plupart des cas on remarque une grande indifférence au commencement de l'anesthésie, je puis la comparer à un sommeil paisible ; il y en a qui sont abattus, d'autres raidissent subitement les membres et jettent la tête en arrère. L'opérateur surmontera facilement ces difficultés avec un peu d'expérience.

Le bien-être du client après un réveil lent excite toujours de plus en plus mon étonnement.

Il y a des patients qui ressentent une fatigue ou une faiblesse des membres, mais ces symptômes disparaissent au bout de 2 à 3 minutes ; en dehors de ces petits inconvénients, ils se sentent très bien, la plupart sont très gais.

Le pental s'inhale aussi plus agréablement que le bromure d'éthyle.

Ayant un jour à extraire presque toutes les dents d'une dame, je l'anesthésiai une première fois avec le pental et, 8 jours après, sans la prévenir, avec du bromure d'éthyle ; quand elle revint pour la troisième fois, elle me déclara qu'elle avait été endormie la seconde fois avec un autre produit, qu'elle préférait celui employé la 1re fois, car elle s'était mieux trouvée après la 1re anesthésie.

Chez les femmes hystériques ou fortement anémiques, chez celles où le bromure d'éthyle n'a presque pas d'efficacité, ou encore chez celles qui ont besoin de fortes doses de chloroforme et dont l'anesthésie est accompagnée de forts accès de surexcitation, le pental m'a toujours fidèlement donné de bons effets.

Ajoutons que le pental se volatilise très vite et disparaît de même du cabinet opératoire, tandis que le bromure d'éthyle laisse souvent une odeur persistante qui rappelle l'ail.

M. le professeur de Méring a essayé à la clinique le pental sur des alcooliques et a obtenu des résultats très satisfaisants, c'est à peine s'il a eu à constater des états de surexcitation qui n'étaient pas violents.

Le pental préparé par Kahlbaum bout à 38°, comme celui employé précédemment mais il se distingue du premier : il a bien moins d'odeur.

Je confirme donc mes premières communications sur les qualités du pental, je lui octroie le premier rang comme anesthésique pour les opérations de courte durée.

Il est certain que l'emploi du pental présente des difficultés. Des dentistes qui ne pouvaient obtenir les résultats désirés sont venus à ma clinique et ont, en très peu de temps, trouvé par où ils fautaient. Pour atteindre une aspiration lente et régulière, il faut comprimer légèrement le ballon de l'appareil Junker environ 50 fois par minute, par ce moyen les vapeurs arrivent progressivement dans la bouche et le nez et de là facilement dans les poumons.

Aux personnes trop peureuses je recommande de souffler fortement dans l'embouchure de l'appareil ; cette expiration est suivie d'une inspiration profonde et, à partir de ce moment, l'anesthésie suit sa marche régulière. Avec des masques ordinaires ou des compresses on n'obtiendra jamais les mêmes résultats.

Aux personnes qui me demandent si je considère le pental toujours comme produit inoffensif je puis répondre : je suis plus convaincu que jamais que nous possédons dans le pental le plus sûr et le plus inoffensif des anesthésiques, qui rendra à l'humanité souffrante encore de grands services.

Il n'est pas l'équivalent du protoxyde d'azote mais il le dépasse.

Depuis ma première publication beaucoup d'essais ont été faits par des personnes peu expérimentées et, malgré cela, leurs rapports étaient très satisfaisants.

J'ai fait analyser les urines de sujets anesthésiés avec le pental, mais on n'y a pas trouvé trace du narocotique, probablement le pental se transforme en acide carbonique et en eau.

Un homme très érudit avait, conformément à mes communications, fait inhaler de l'hydrure d'amyle au lieu de pental, mais ne pouvant obtenir aucun sommeil au bout de 3 ou 4 essais, il publia ses insuccès.

Il est triste d'être obligé de relever pareille erreur, mais les assertions les plus erronées sont colportées par la presse et beaucoup de personnes y ajoutent foi : pour ce motif j'ai cru remplir un devoir en mentionnant cette méprise.

(Zahnärztliches Wochenblatt.)

UNE ÉPIDÉMIE DE STOMATITE ULCÉREUSE

Par M. Broussilowsky.

Un docteur russe, M. Chlodkovsky a décrit dernièrement une épidémie de stomatite ulcéreuse qu'il avait eu occasion de suivre dans un régiment du Caucase. La maladie fut observée à l'état aigu et chro-

nique. Dans ces deux formes la température n'a presque jamais augmenté ou du moins seulement au commencement de la maladie et n'a pas dépassé 38°. Les deux formes attaquaient seulement la partie externe de la bouche et la salivation n'était pas prononcée. A l'étude microscopique des enduits on trouve des cellulesépithéliales, desglobules sanguins et beaucoup de batonnets deleptothrix. La forme aiguë est très facile à reconnaître et on ne peut pas se tromper sur le diagnostic ; la forme chronique ressemble trop à la pathologie des gencives au début du scorbut, mais il y a une différence, c'est que le processus morbide se limite aux gencives et n'est pas suivi des autres conséquences du scorbut. La forme aiguë diffère de la forme chronique en ce que les gencives sont peu intéressées : la région attaquée se borne à une ou deux dents, il existe un enduit sur la muqueuse jugale et sur les lèvres, haleine très fétide. A l'état chronique, au contraire, les gencives sont très prises, on ne trouve pas les enduits sur les autres parties de la bouche et l'haleine fétide n'est pas trop accusée, surtout au début, mais plus tard, quand les gencives sont en pleine gangrène, elle devient insupportable.

La stomatite aiguë se localise le plus souvent sur la dernière grosse molaire, rarement sur les autres molaires, encore plus rarement sur les incisives, presque toujours sur le maxilliaire inférieur, à l'état chronique sur le maxillaire supérieur, ou sur les deux en même temps (partie antérieure) et les gencives sont frappées sur une région plus étendue que dans l'autre forme.

Les ulcérations de la membrane muqueuse des joues et des lèvres sont superficielles à l'état aigu et sans perte de substance, au moins sans cicatrices prononcées ; dans la stomatite chronique les gencives se détruisent et les dents tombent. La forme aiguë se guérit en 2 ou 3 jours, plus souvent en une semaine, la forme chronique se continue des mois ; cette dernière forme n'est pas la conséquence de la forme aiguë, mais dans la plupart des cas se manifeste indépendamment et du premier moment elle se montre moins accentuée, mais plus nocive et plus compliquée. A l'état aigu les grandes ulcérations de la muqueuse buccale et des lèvres provoquent les cultures de ganglions lymphatiques sous-maxillaire du côté visé.

L'auteur explique l'*étiologie* de cette épidémie par l'*abondance des pluies*. D'après les données météréologiques, l'été dernier a été plus riche en eau que les dix ans précédents. Il plut tout le mois de mai et c'est à ce moment que la stomatite fit son apparition d'abord sporadiquement. Du 30 avril au 12 mai, 4 cas seulement, ensuite survient la véritable épidémie, surtout pendant les deux mois suivants. Le temps humide a contribué sans doute à l'humidité dans les casernes ; au camp également, les soldats étaient obligés de rester sous les tentes (16 hommes par tente) et c'est dans cette atmosphère malsaine et humide que s'est développée la stomatite. Les officiers du camp ne souffraient pas du tout, parce qu'ils étaient dans de meilleures conditions (1 ou 2 par tente).

Comme *traitement* on a employé les moyens ordinaires proposés par plusieurs auteurs dans ce cas et qui se composaient de chlorate

de potasse en solutions très fortes comme gargarismes, collutoire de potasse caustique, de protochlorure de fer et surtout d'acide muriatique, qui, semble-t-il, dissout les sérosités. Ces moyens agissent très efficacement sur la stomatite aiguë (laquelle peut passer sans traitement) ; à l'état chronique le mieux est de changer les conditions hygiéniques.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

La *Gazette des Tribunaux* du 26 avril publie ce qui suit :

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE PARIS (10e C.)

Présidence de M. RICHARD.

Audience du 25 avril.

DENTISTE. — EMPLOI D'INJECTIONS A LA COCAÏNE COMME INSENSIBILISANT. — BLESSURES PAR IMPRUDENCE. — EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

L'affaire dont nous rendons compte ci-après soulève l'intéressante question de savoir où commence et où finit pour un dentiste, qui n'est pas docteur, l'exercice illégal de la médecine, lorsqu'il emploie, pour extraire les dents, les injections locales de cocaïne.

Elle amenait en police correctionnelle, M. Henri-James Miller, âgé de cinquante ans, dentiste, et M. Tullius Fay, âgé de cinquante ans, dentiste à Paris.

La prévention expose les faits suivants :

L'inculpé Miller, qui se dit sujet anglais, docteur en médecine et dentiste des facultés de Philadelphie et de Saint-Pétersbourg, mais non autorisé à exercer la médecine en France, a créé en 1887, rue de Rivoli, 75, et rue de la Monnaie, 16, un établissement dit « Le Louvre dentaire », contenant dix cabinets d'opérations et ayant pour objet l'exercice de l'art dentaire. A cet établissement sont attachés quatre opérateurs, au nombre desquels l'inculpé Fay, également de nationalité anglaise, et dont aucun ne possède de diplôme de médecine français. Le docteur Gaudin, de la faculté de Paris, vient presque chaque jour au Louvre dentaire, mais, au dire d'un des opérateurs, le sieur Hopes, il ne passe jamais dans le cabinet des opérateurs, et paraît s'occuper exclusivement, avec Miller, de recherches concernant les maladies de la bouche.

Dans les premiers jours du mois d'août dernier, la dame Bizouarne, voulant se faire extraire une dent, se présenta au Louvre dentaire en compagnie de son mari, qui s'y était fait quelque temps auparavant pratiquer une opération semblable dans des conditions satisfaisantes. Elle fut reçue dans le cabinet de Fay, qui, sur sa demande de l'insensibiliser au moyen de la cocaïne, lui fit dans la gencive deux injections d'une solution de cette substance. Aussitôt elle ressentit un grand malaise, des étouffements, des battements de cœur et une angoisse extrême.

M. Bizouarne réclama un médecin et c'est seulement au bout de vingt

à vingt-cinq minutes que le docteur Gaudin, qui se trouvait par hasard dans l'établissement, vint lui donner ses soins. A la suite de cet accident, la dame Bizouarne souffrit pendant trois mois environ de palpitations de cœur. Les docteurs Brouardel et Vibert, commis pour l'examiner, ont constaté qu'elle était nerveuse, mais non à un degré très accentué, qu'elle n'avait été, jusque là, soignée que pour des affections peu graves et qu'on ne trouvait chez elle ni anesthésie, ni stigmates d'hystérie. Ils ont conclu qu'elle avait été atteinte à la suite de l'injection d'une solution d'un à deux centimètres cubes de cocaïne, non pas d'une attaque d'hystérie, mais d'une véritable intoxication qui a suscité des troubles nerveux affectant surtout le cœur et qui persistaient encore, bien qu'atténués, à la date du 22 octobre 1891.

La perquisition opérée dans les locaux du Louvre dentaire a amené la découverte d'un certain nombre de flacons de nitrate d'amyle, cocaïne, morphine, teinture d'aconit, cyanure de potassium et chlorure d'éthyle.

Le sieur Miller a reconnu que les opérateurs et lui faisaient usage des anesthésiques, et notamment de la cocaïne au moyen d'injections sous-cutanées, et qu'il se faisait au Louvre dentaire environ 500 opérations de ce genre par mois, mais il a ajouté que les dentistes de Paris et du monde entier procédaient de la même façon sans être inquiétés.

Les renseignements sur Miller, ajoute la prévention, le représentent comme violent et d'un caractère bizarre. Sa nationalité est douteuse et ses agissements sont suspects. Il n'a pas été condamné, non plus que Fay, sur lequel les renseignements ne sont pas défavorables.

Interrogé par M. le président, les prévenus donnent les explications suivantes :

M. Miller. — Je dirige le Louvre dentaire; je n'emploie la cocaïne que pour insensibilisation locale; j'étais absent lors de la visite de Mme Bizouarne. Tout le monde, même les apprentis, fait des piqûres de cocaïne. En agissant ainsi nous ne faisons pas acte de médecins, mais acte permis au dentiste. Tous les dentistes emploient l'arsenic et le sublimé, qui est le poison le plus violent, pour en mettre dans les dents. L'art dentaire est libre; voilà trente ans que nous pratiquons cet art et j'ai toujours dirigé mon établissement sans accident, d'autant plus que je fais usage de tablettes de cocaïne préparées spécialement par les pharmaciens.

M. Fay. — C'est moi qui ai opéré Mme Bizouarne après avoir opéré son mari quelques jours avant. Il a amené sa femme à qui j'ai fait des piqûres et elle a eu un malaise; cela arrive quelquefois aux hommes et aux femmes. J'ai déjà pratiqué comme dentiste; je suis diplômé chirurgien de Londres.

On entend les témoins :

M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine. — Je persiste dans les termes de mon rapport; sur le fait principal, j'ajouterai que les tablettes préparées par les pharmaciens ne sont une garantie pour personne. Ces messieurs nous ont dit ne plus employer la cocaïne depuis l'accident, que c'était trop dangereux. *La piqûre à la cocaïne a fait mourir trente-sept personnes au moins et le plus souvent chez les dentistes :* c'est une substance très dangereuse, Je sais qu'un très grand nombre de dentistes emploient la cocaïne, mais je connais des cabinets qui ne l'emploient plus. Ceux qui vendent des poisons doivent être pharmaciens, si on en vend ailleurs, c'est contraire à la loi de germinal; malheureusement des commissionnaires étrangers passent en fraude la morphine et la cocaïne et les portent à domicile.

M. le président. — Que pensez-vous des diplômes de Saint-Pétersbourg ?

Le témoin. — Ce sont des diplômes sérieux.

Le Docteur Vibert. — L'injection à la cocaïne peut tuer; cela dépend du tempérament des personnes injectées...

Le Docteur Gaudin. — Je me suis trouvé, quand on m'a fait appeler, en présence d'un cas d'anesthésie générale. J'ai trouvé Mme Bizouarne en pleurs avec des crises nerveuses. J'ai voulu faire une injection à l'éther, le mari s'y est opposé et j'ai prescrit une potion, mais je ne sais si elle a été prise. L'état de cette dame ne présentait pas de gravité.

M. le substitut Brégeault a soutenu la prévention.

Me *Aliès* a présenté la défense des deux prévenus.

Le tribunal a remis à huitaine le prononcé du jugement.

Le jugement a été rendu le 2 mai. Nous en extrayons les considérants les plus importants :

« *Sur l'exercice illégal de la médecine :*

» Attendu qu'il résulte des déclarations de MM. les docteurs Brouardel et Vibert que la cocaïne est tout à la fois un médicament, une solution toxique et un agent anesthésique très actif, que son emploi exige les plus grandes précautions, pouvant, suivant les doses et les tempéraments des personnes auxquelles elle est administrée, entraîner les plus graves conséquences et même la mort dans un temps rapide; qu'on a déjà constaté plus de trente décès occasionnés par la cocaïne ;

» Qu'il n'importe pas de rechercher si la cocaïne est un anesthésique local ou général, étant établi qu'elle entraîne des troubles généraux organiques, pouvant devenir mortels et que les accidents observés chez la dame Bizouarne, qui n'était affectée d'aucune maladie nerveuse, sont précisément ceux résultant de l'intoxication par la cocaïne ;

» Que son emploi constitue donc nécessairement un acte d'exercice illégal de la médecine ;

» Attendu, d'une part, que Fay reconnaît avoir fait les piqûres à la dame Bizouarne, d'autre part, que Miller dirige l'établissement; qu'il déclare qu'on y fait quotidiennement usage de la cocaïne et que lui et ses opérateurs y pratiquent environ 500 piqûres par mois ;

» Attendu qu'ils ne sont ni l'un ni l'autre pourvus d'un diplôme de médecin ou d'officier de santé ;

» Sur le délit de blessures par imprudence :

» En ce qui touche Fay :

» Attendu que l'opération par lui faite et qui avait pour but de provoquer l'anesthésie est différente des opérations réservées aux dentistes; qu'elle exige des précautions et des connaissances spéciales, qu'elle est essentiellement du domaine de la médecine; qu'en se livrant à cette opération sans être muni d'un diplôme Fay a manqué à l'observation des règlements; qu'il a, de plus, commis une imprudence en ne demandant pas le concours d'un médecin qui aurait pu se rendre compte du tempérament de l'opérée et observer sur elle l'influence de l'anesthésique; qu'il ne connaissait même pas le dosage des tablettes de cocaïne dont il se servait et dont on a, du reste, cessé de faire usage au Louvre dentaire depuis l'accident arrivé à la dame Bizouarne ;

» En ce qui touche Miller ;

» Attendu qu'il n'était pas présent dans l'établissement lors de l'opération faite à la dame Bizouarne, qu'il n'y a pris aucune part directe et personnelle, et que, malgré la responsabilité qu'il peut encourir comme directeur à raison des pratiques défectueuses soumises, la prévention de blessures par imprudence ne saurait être pénalement retenue contre lui ;

» Par ces motifs,

» Condamne Fay à 100 francs d'amende pour le délit de blessures par

imprudence, et 15 francs d'amende pour la contravention d'exercice illégal de la médecine;

» Condamne Miller à 15 francs d'amende pour cette dernière contravention;

» Les condamne en outre aux dépens. »

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE ET SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

RÉSUMÉ DES PROCÈS-VERBAUX DU CONSEIL DE DIRECTION

Séance du vendredi 22 janvier 1892

Présidence de M. VIAU, vice-président.

Sont présents : MM. Chauvin, Denis, Dubois, Gravollet, Francis Jean, Löwenthal, Martinier, Pigis, Ronnet, Touchard, Tusseau et Viau.

Excuses de MM. Godon, Papot et Lemerle.

M. Francis Jean donne lecture des procès-verbaux des 5 et 16 janvier, qui sont adoptés après observations de MM. Chauvin et Gravollet.

M. Tusseau lit : 1° une lettre de *M. Videau*, démonstrateur, demandant à faire son service le dimanche au lieu du mercredi;

2° Une lettre de *M. Cossas*, ancien élève, sur laquelle il sera statué ultérieurement.

Admissions.

Sont admis comme membres de l'Association générale des dentistes de France :

Mlle Audy, chirurgien-dentiste, D. E. D. P. à Senlis.

MM. Flamens, chirurgien-dentiste, 42, rue Lamartine, Paris.

Ballu, chirurgien-dentiste, 12, rue des Petits-Carreaux, Paris.

Demande d'admission.

M. Blanleuil présenté par MM. Tusseau et Lemerle.

Trésorerie.

M. Viau donne lecture du projet du budget pour l'année 1892 qui a été mis à la disposition des membres de l'Association.

M. Ronnet n'ayant pu prendre connaissance de ce projet de budget déclare faire des réserves et présenter, s'il le juge utile, ses observations à l'Assemblée générale.

M. Martinier et divers membres reprochent à M. Ronnet son attitude en cette circonstance et pensent qu'en sa qualité d'ancien trésorier il était de son devoir d'aider la commission par ses renseignements.

Le projet de budget présenté par M. Viau est adopté par la majorité du Conseil (neuf voix).

M. Tusseau propose au Conseil de désigner celui des vice-présidents qui devra présider l'Assemblée générale du 26 courant en l'absence de M. le Président de l'Association.

Le Conseil désigne *M. Godon* pour cette présidence.

Sur la proposition de *M. Viau*, le Conseil décide de proposer à l'assemblée générale du mardi 26 la nomination de M. le Dr Thomas comme membre honoraire du Conseil de direction.

Comité Syndical.

M. Pigis donne lecture du rapport annuel de la Chambre syndicale et de la Caisse de prévoyance. Il communique en outre une pétition signée de 47 noms s'opposant à la démission collective des membres du Conseil.

M. Tusseau donne lecture de son rapport annuel qu'il lira en assemblée générale.

M. Dubois proteste contre certains passages de ce rapport.

La séance est levée à minuit.

Séance du mardi 2 février 1892.

Présidence de M. Löwenthal, doyen d'âge.

La séance est ouverte à 9 heures 1/2.

Dix sept membres sont présents ; MM. Lecaudey, Gillard et Francis Jean se font excuser.

Le Conseil procède à la composition de son bureau et des différentes commissions.

Bureau du Conseil.

Sont élus :

MM. Lecaudey, président-directeur
Lemerle, 1er vice-président.
Gillard, 2e vice-président, directeur-adjoint.
Tusseau, secrétaire général.
Francis, Jean, secrétaire correspondant.
Viau, trésorier.

MM. Martinier, sous-trésorier.
Dr Thomas, bibliothécaire.
Gravollet, bibliothécaire-adjoint.
Löwenthal, conservateur du musée.
Bonnard, secrétaire des séances.

Commission du Journal.

Sont élus membres du comité de rédaction :

MM. Gravollet.
Löwenthal.
Martinier.

MM. Touchard.
Tusseau.
Viau.

Le Conseil est d'avis de supprimer l'affermage du Journal, qui aurait son bureau au siège de l'Ecole ; les bénéfices qu'il pourrait réaliser reviendraient à la Caisse de l'Association.

Syndicat professionnel.

Sont élus :

MM. Barrié.
Francis Jean.
Lemerle.
Martinier.

MM. Pigis.
Tusseau.
Viau.

Commission des examens.

Sont élus :

MM. Barrié.
Bonnard.
Denis.
Horay.

MM. Lemerle.
Pigis.
Touchard.
Viau.

Commission de réglementation.

Sont élus :

MM. Lecaudey.
Viau.
Francis Jean.
MM. Gravollet.
Touchard.

Commission des finances et révision des comptes.

Sont élus :

MM. Billet.
Gravollet.
Horay.
Francis Jean.
MM. Lemerle.
Pigis.
Tusseau.

Commission d'enseignement.

Sont élus :

MM. Lecaudey.
Gillard.
Lemerle.
MM. Dr Thomas.
Viau.

Commission chargée de l'organisation des congrès régionaux.

Soont élus :

MM. Gillard.
Viau.
Tusseau.
Francis Jean.
Touchard.
MM. Lemerle.
Martinier.
Pigis.
Denis.
Bonnard.

Commission des fêtes.

Sont élus :

MM. Gravollet.
Martinier.
Billebaut.
Paulme.
MM. Quincerot.
Bonnard.
Bertrand.
Billet.

Commission d'administration de la Société d'Odontologie.

Sont élus :

MM. Lemerle.
Touchard.
M. Denis.

Commission des archives.

Sont élus :

MM. Gillard.
Tusseau.
Francis Jean.
MM. Barrié.
Denis.

M. Tusseau donne lecture du procès-verbal de l'assemblée générale extraordinaire du 12 janvier, qui est adopté sans observations.

Correspondance.

M. Tusseau donne lecture : 1° d'une lettre de *M. Godon* demandant un congé de six mois. Le Conseil lui en accorde un de 3 mois seulement et charge M. le directeur-adjoint de pourvoir à son remplacement;

2° D'une lettre de *M. Gaillard père* demandant que son fils soit autorisé à entrer en 3e année, malgré son échec dû à une insuffisance d'un demi point.

Le Conseil ne fait pas droit à cette demande, ne pouvant revenir sur une décision antérieure.

3° D'une lettre de *M. Kanel* demandant à être exonéré des droits d'inscription pour des raisons particulières.

Le Conseil ne fait pas droit à cette demande.

Le Conseil accepte la démission de *M. Paulme* comme préparateur de cours.

Admission.

M. Blanleuil, présenté à une séance précédente, est admis comme membre de l'Association Générale des dentistes de France.

Admission d'élèves.

MM. Cosas, ancien élève, élève de province admis en 3e année.
Cournant, justifiant de plus de 9 années de pratique admis en 3e année.
Vidal, en vertu de l'art. 93 admis en 1re année.
Mme Séguin, sage-femme de 1e classe, admise en 2e année.

M. Tusseau propose que la liste d'admission des élèves soit close pour l'année 1892.

Candidature.

M. Houbriet D. E. D. P. comme préparateur de cours.

Nomination.

M. Billebaut est nommé démonstrateur.

M. Tusseau signale quelques absences parmi les membres du corps enseignant des cours pratiques. En revanche il fait valoir la régularité des cours théoriques du soir.

Le Conseil, sur la proposition du secrétaire général, accorde une salle dans le local de l'école à la société des étudiants de l'Ecole dentaire.

Sur la proposition de *MM. Viau et Touchard*, le Conseil, à l'unanimité, accepte la réintégration dans le corps enseignant de *M. Pigis*, ex-professeur suppléant.

M. Viau, trésorier, est autorisé sur sa proposition à acheter deux obligations foncières au compte *Fonds de réserve*.

La séance est levée à minuit.

Le secrétaire correspondant,
FRANCIS JEAN.

PRESCRIPTIONS RELATIVES A LA DÉLIVRANCE DES MÉDICAMENTS TOXIQUES EN PRUSSE

Le Ministre des Cultes du royaume de Prusse a adressé à tous les présidents supérieurs du territoire la circulaire suivante le 4 décembre 1891 :

« Les dispositions adoptées par le Conseil fédéral dans sa séance du 2 juillet 1891 relativement à la délivrance des médicaments toxiques, à la forme et à la désignation des flacons ont été publiées dans le Moniteur de l'Empire et dans celui du royaume.

» Je vous prie, en vous en adressant plusieurs exemplaires, d'en donner connaissance aux présidents de gouvernement sous vos ordres, comme aussi au collège médical de la province et de faire publier par les organes officiels les prescriptions qui entrent en vigueur le 1er janvier 1892.

» Vous voudrez bien, dans un an, me fournir un rapport sur la façon dont les prescriptions auront été observées. »

Ministère de l'instruction publique, des cultes et des affaires médicales.

En exécution de la décision du conseil fédéral du 2 juillet 1891, j'arrête les dispositions suivantes, conformément au parag. 367 numéro 5, du Code pénal de l'Empire, relatives à la délivrance des médicaments toxiques, à la forme et à la désignation des flacons et des récipients chez les pharmaciens.

§ 1er — Les substances et préparations mentionnées dans la liste ci-annexée, ainsi que les produits contenant lesdites substances et préparations, ne doivent être délivrées au public comme agents thérapeutiques que sur ordonnance écrite, datée et signée, d'un médecin, médecin-dentiste ou médecin-vétérinaire — dans ce dernier cas uniquement pour être employées dans le traitement des animaux.

§ 2. — Les dispositions du parag. précédent ne s'appliquent pas aux produits qui, conformément aux prescriptions impériales édictées en vertu du § 6, alinéa 2 du décret sur les industries, sont mis en vente et peuvent être vendus comme agents thérapeutiques également hors des pharmacies.

§ 3. — La délivrance répétée de médicaments contenant de l'hydrate de chloral, celle de médicaments destinés à des injections sous-cutanées contenant de la morphine, de la cocaïne ou leurs sels, ne peuvent avoir lieu que sur nouvelle ordonnance, chaque fois, écrite, datée et signée d'un médecin ou d'un médecin-dentiste.

§ 4. — D'une manière générale la délivrance de médicaments contenant des substances ou des préparations de l'espèce visée au § 1. n'est pas autorisée sans ordonnance d'un médecin ou d'un médecin-dentiste renouvelée chaque fois si :

1° Les médicaments doivent servir pour l'usage interne, pour collyre, inhalation, injections sous-cutanées, lavements ou suppositoires, et si en même temps

2° Le contenu du médicament dépasse pour une substance ou pour une préparation mentionnée dans la liste ci-annexée le poids total indiqué pour ledit agent.

§ 5. — Si dans les cas du § 4 l'ordonnance indique la délivrance isolée du médicament, celle-ci peut se répéter sans ordonnance nouvelle pourvu que la quantité desdites substances ou préparations pour chaque délivrance isolée ne dépasse pas la moitié des poids indiquées dans la liste ci-annexée (§ 1).

Les dispositions du n° 1 ne s'appliquent pas aux médicaments qui contiennent de la morphine ou ses sels, d'autres alcaloïdes de l'opium ou des sels de ces alcaloïdes, de la cocaïne ou ses sels, des préparations d'éthyle, de l'hydrate d'amyle, de la paraldéhyde, du sulfonal ou de l'aréthane.

§ 6. — La délivrance répétée de médicaments sur ordonnance de vétérinaire pour les animaux n'est pas soumise aux restrictions des § 3, 4 et 5.

§ 7. — Les préparations homéopathiques en dilutions ou en réductions qui dépassent la 3ᵉ puissance décimale ne sont pas soumises aux dispositions des § 1 à 5.

§ 8. — Les dispositions concernant le commerce des substances vénéneuses ne sont pas modifiées par les § § 1 à 7.

§ 9. — Les médicaments liquides prescrits par un médecin, un médecin-dentiste ou un chirurgien pour l'usage interne ne peuvent être délivrés que dans les flacons de verre ronds avec étiquette blanche, ceux pour l'usage externe que dans des flacons hexaédriques dont 3 faces adjacentes seront unies et dont les autres seront rayées dans la longueur, avec étiquette rouge.

Les médicaments liquides, sensibles à l'action de la lumière, seront délivrés dans des flacons de verre jaune brun.

§ 10. — Les récipients seront pourvus, s'ils ne contiennent pas d'agents toxiques, d'une inscription noire sur fond blanc; si ces agents sont mentionnés dans le tableau B du Codex allemand, d'une inscription blanche sur fond noir; si ces agents sont mentionnés dans le tableau C, d'une inscription rouge sur fond blanc.

Ces dispositions ne seront applicables d'abord qu'aux installations et aux acquisitions nouvelles.

La désignation ci-dessus mentionnée des récipients devra être introduite dans toutes les pharmacies avant le 31 décembre 1900.

§ 11. — Toutes les dispositions antérieures contraires aux précédentes, notamment l'ordonnance du 3 juin 1878 concernant la vente dans les pharmacies, le nº 8 de l'ordonnance générale relative à l'introduction du Codex allemand du 21 novembre 1890, sont abrogées.

§ 12. — Les dispositions précédentes entreront en vigueur le 1ᵉʳ janvier 1892, à l'exception de celle du dernier alinéa du § 10.

Berlin, 4 décembre 1891.

Le Ministre de l'Instruction publique, des cultes et des affaires médicales.

LISTE

Acide phénique 0,1 gr. excepté pour l'usage externe — Bromure d'éthyle 0,5 gr. — Nitrate d'argent 0,03 gr. excepté pour l'usage externe. — Arsenic et ses préparations 0,005 gr. — Aconit, dérivés et sels 0,001 gr. — Chloroforme 0,5 gr. excepté pour l'usage externe en mélanges avec l'huile et l'esprit de vin qui ne contiennent pas plus de 50 parties de chloroforme pour 100 du mélange. — Cocaïne et ses sels 0,05 — Toutes les préparations au mercure qui ne sont pas désignées spécialement ci-dessous 0,1 gr., excepté l'onguent mercuriel ne contenant pas plus de 10 parties de mercure pour 100 d'onguent ainsi que l'emplâtre mercuriel — Bichlorure de mercure 0,02 gr. — Iodoforme 0,2 gr. — Iode 0,05 gr. — Créosote 0,2 gr. excepté pour l'usage externe en solutions ne contenant pas plus de 50 parties de créosote pour 100 parties de solution. — Morphine et ses sels 0,03 gr.

— Teinture d'aconit 0,5 gr. — Teinture d'iode 0,2 gr. excepté pour l'usage externe — Chlorure de zinc 0,002 gr. — Lactate de zinc et tous les autres sels de zinc solubles dans l'eau non mentionnés ici 0,05.

(N. B. Cette liste n'est qu'un extrait de celle publiée par le journal allemand.)

(*Zahnärztliches Wochenblatt.*)

LES MÉCANICIENS-DENTISTES EN AUTRICHE-HONGRIE

Ordonnance du Ministre du Commerce conforme à celle du Ministre de l'Intérieur du 20 *mars* 1892 *relativement au classement du métier de mécanicien-dentiste parmi les métiers faisant l'objet d'une licence.*

En vue de la réglementation du métier des mécaniciens-dentistes en général et en particulier à l'égard des personnes autorisées à exercer la dentisterie, le Ministre du Commerce, d'accord avec celui de l'Intérieur, conformément au § 24 de la loi du 15 mars 1883 contenant des modifications et des changements à l'ordonnance sur les métiers, se voit amené à ordonner ce qui suit :

§ 1. Le métier de la mécanique dentaire est classé au nombre des métiers faisant l'objet d'une licence, en tant qu'il n'est pas exercé conjointement avec la médecine dentaire par ceux qui sont autorisés à pratiquer cette dernière.

§ 2. Le métier de la mécanique dentaire embrasse la fabrication mécanique régulière des dents artificielles, des pièces de prothèse pour la bouche humaine et des parties constituantes de ces pièces de prothèse.

Le mécanicien-dentiste est autorisé à prendre lui-même l'empreinte et à essayer l'ajustage de ses appareils de prothèse dans la bouche humaine parfaitement saine. Il lui est toutefois interdit d'entreprendre quoi que ce soit dans la bouche humaine qui n'est pas parfaitement saine, et même dans la bouche parfaitement saine toute opération devant en changer la forme et l'aspect (telle que section des dents et des chicots, limage, nettoyage et conservation des dents, avulsion des racines gâtées, etc.)

§ 3. Pour être admis au nombre des mécaniciens-dentistes on devra fournir la preuve de son aptitude à ce métier, au moyen de certificats d'apprentissage et de travail, indépendamment des conditions prescrites pour exercer chaque métier faisant l'objet d'une licence.

§ 4. Le certificat d'apprentissage devra contenir l'attestation qu'on a appris le métier de mécanicien-dentiste.

L'apprentissage durera 3 ans et pourra se faire chez un mécanicien-dentiste autorisé ou chez un médecin-dentiste. Pour les candidats à la licence du métier de mécanicien-dentiste qui établissent avoir

appris régulièrement le métier de mécanicien ou de bijoutier il suffira de 2 ans d'apprentissage en mécanique dentaire.

§ 5. Le certificat de travail doit établir qu'on a passé au moins 6 ans comme aide-mécanicien-dentiste, dont 3 ans chez un mécanicien-dentiste autorisé et 3 chez un médecin-dentiste.

§ 6. Les candidats à la licence du métier de mécanicien-dentiste qui, au moment de la promulgation de cette ordonnance, seront déjà employés comme aides-mécaniciens-dentistes chez un mécanicien-dentiste autorisé ou chez une personne autorisée à exercer la dentisterie, mais ne seront pas en état de présenter le certificat d'apprentissage du métier (§ 3 et 4), pourront remplacer le certificat d'aptitude prescrit par le § 3 par la preuve qu'ils ont servi comme aides deux ans de plus que le temps fixé par le § 5.

§ 7. La licence de l'exercice du métier de mécanicien-dentiste est accordée par l'autorité provinciale politique qui, au moment de la conférer, aura égard aux besoins locaux et à la possibilité de la surveillance sanitaire et de la police. Comme mesure dans l'examen des besoins locaux on ne considérera pas seulement les besoins de la population du lieu pour lequel la licence est sollicitée, mais ceux d'un périmètre plus grand, suivant l'état du district du métier.

§ 8. Il est interdit aux mécaniciens-dentistes autorisés en vertu de cette ordonnance et aux personnes exerçant déjà le métier autorisées antérieurement, en vertu de l'ordonnance sur les métiers, à exercer le métier de mécanicien-dentiste de se servir dans leurs établissements fixes, dans leurs domiciles et dans leurs annonces d'une qualification propre à égarer le public sur l'étendue et la nature de l'autorisation du métier dont ils sont pourvus.

Sont considérées en particulier comme appellations non-permises celles de *praticien-dentiste* (Zahnkünstler), *d'opérateur dentaire* (Zahnartist), de *dentiste* (Dentist).

§ 9. Les contraventions aux prescriptions qui précèdent seront punies conformément aux dispositions pénales de l'ordonnance sur les métiers, lorsque les dispositions du Code pénal ne pourront pas s'appliquer.

§ 10. La présente ordonnance entrera en vigueur le jour de sa promulgation.

Signé : Taaffe, Bacquehem.

(Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde).

LA RÉGLEMENTATION EN ESPAGNE

El Progreso Dental, de Sarragosse, publie ce *qui suit :*

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — SOUS-SECRÉTARIAT

Monsieur le Gouverneur civil de la province de Madrid.

La direction générale de l'Instruction publique communique à celle de l'Assistance et de l'Hygiène l'ordre royal suivant :

« Monsieur,

» Sur la demande formée par M. Cayetano Trivino et examinée par la Direction de l'Assistance et de l'Hygiène, tendant à ce que l'établissement appelé *Collège espagnol de dentistes* soit autorisé à délivrer les diplômes de docteur en chirurgie dentaire et que ceux-ci seuls soient considérés comme officiels et donnent qualité pour exercer la profession;

» Considérant que le décret royal du 4 juin 1875, qui créa et organisa la profession de chirurgien-dentiste, dispose que les candidats qui ont subi les épreuves déterminées par ledit décret, devant le jury compétent fixé par l'art. 5 et l'instruction n° 8 de l'ordre royal du 1er mai 1890, peuvent obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste dans les formes établies pour l'habilitation aux autres professions;

» Considérant que le même décret n'autorise aucun particulier ou docteur d'un établissement ou d'une académie d'enseignement privé à conférer le titre de chirurgien-dentiste et le titre de docteur, réservé par les lois pour désigner le degré académique le plus élevé dans les facultés universitaires;

» Considérant que, par l'application dudit décret royal, les droits acquis ne sont pas atteints puisque l'art. 10 de celui-ci[1] fixe la forme suivant laquelle les dentistes alors en exercice seront habilités;

» S. M. le roi et, en son nom la reine régente du royaume, conformément au rapport du Conseil de l'Instruction publique du 5 novembre 1880, a rejeté la demande de l'impétrant et déclaré que les diplômes délivrés par des particuliers ou des établissements privés d'enseignement n'ont aucun caractère officiel et n'habilitent pas à l'exercice de la profession de dentiste, et que ceux-ci n'ont pas qualité pour conférer ce titre de chirurgien-dentiste, non plus que celui de docteur en chirurgie-dentaire.

» Par ordre de M. le Ministre, je vous en informe pour que vous portiez cela à la connaissance de l'intéressé et à autres fins utiles. »

Sur l'ordre royal communiqué par M. le Ministre de l'intérieur, j'en avise V. E. à toutes fins utiles.

Madrid 14 janvier 1892.

Le sous-secrétaire, J. S. DE TOCA.

Il résulte clairement de ce qui précède que quiconque ne possède pas d'autre titre que l'ancien titre de praticien ne peut exercer la chirurgie dentaire, parce que ce titre n'autorise qu'à l'exercice des opérations de petite chirurgie, toujours suivant la prescription des Facultés.

Cependant il lui reste le droit de faire habiliter son titre, et cette condition remplie, il pourra exercer librement la chirurgie dentaire comme l'exerce actuellement le chirurgien-dentiste.

Tels sont véritablement l'esprit et la lettre de la loi, et c'est à cela que doit s'en rapporter l'ancien praticien. Nous le comprenons ainsi et cela peut servir de réponse aux demandes réitérées que divers de nos abonnés nous adressent à ce sujet.

1. L'article 10 du décret royal du 4 juin 1875 est ainsi conçu : « Peuvent être habilités les dentistes actuellement en exercice qui, par leur mérite et leurs services, en seront jugés dignes par le Conseil de l'Instruction publique. »

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Traitement des douleurs et de la fluxion d'origine dentaire. — II. Sur l'application d'un bétol camphré à la thérapeutique dentaire. — III. Le chlorure d'éthyle comme anesthésique local.

I. — Traitement des douleurs et de la fluxion d'origine dentaire

Les deux causes principales et les plus communes de névralgie ou douleur d'origine dentaire, que le médecin-praticien est appelé à rencontrer dans sa clientèle et même à soigner, s'il pratique loin d'une ville, loin de tout spécialiste de la bouche, sont :

1° La pulpite aiguë;

2° La périostite alvéolo-dentaire.

Le succès de la suppression plus ou moins rapide du symptôme douleur dépend entièrement du diagnostic exact de la différenciation entre ces deux lésions.

I

Pulpite aiguë. — Dans la pulpite aiguë, le patient souffre ordinairement d'une douleur névralgique très intense de toute la région innervée par la cinquième paire, douleur ayant son maximum d'intensité au niveau de la dent, siège du mal. Cette névralgie a débuté la veille ou le jour même par une douleur aiguë, à la suite d'une inspiration d'air froid, ou bien en prenant un liquide trop chaud ou trop froid, en mangeant une glace ou bien encore en mordant sur un osselet, une arête de poisson, en mangeant des fruits contenant de petits pépins tels que le raisin, la groseille, les fraises, framboises, etc. La douleur continue lancinante pendant quelque temps, mais, le plus souvent, se calme temporairement pour reprendre plus tard et devenir très aiguë, avec les points d'intensité maxima au niveau des tempes, des foramens sus ou sous-orbitaires, enfin, au niveau de la dent.

Le fait de la sensibilité extrême de la dent en question à la colonne d'air inspirée, ou à l'eau froide ou très chaude prise dans la bouche, dans la très grande majorité des cas, est le diagnostic d'une pulpite aiguë.

Si l'on examine la dent, on trouve une cavité cariée suffisamment profonde pour atteindre la cavité pulpaire où se trouve la pulpe dentaire (vulgairement nerf dentaire), la partie la plus sensible de tout l'organisme.

Il faut, de suite, enlever avec précautions les détritus alimentaires ou corps étrangers qui remplissent toujours plus ou moins la cavité cariée; si l'on ne possède aucun instrument spécial, cette opération pourra être faite au moyen du stylet de trousse à extrémité pointue, ou bien avec une épingle à chapeau, une forte épingle à cheveux, etc.

A l'aide d'une petite seringue, celle de Pravaz peut être employée à la rigueur, on lavera la cavité cariée avec de l'eau *tiède,* ou préférablement avec une solution antiseptique *tiède* : eau phéniquée, boriquée ou au sublimé.

Lorsque toutes les parcelles alimentaires auront été enlevées, on appliquera *légèrement,* dans la cavité cariée, une petite boulette de coton imprégnée d'une des préparations suivantes :

Menthol	3 grammes.
Chloroforme	5 —

Mêlez. — Usage externe.

Ou encore :

Chlorhydrate de cocaïne............ } Chlorhydrate de morphine......... }	åå 0 gr. 25 centigr.
Créosote...........................	Q. S.

Pour faire une pâte à consistance de crême.

Mêlez. — Appliquer une petite quantité de cette pâte sur une petite boulette de coton qu'on placera dans la cavité cariée sur la pulpe dentaire.

Ou bien :

Sulfate de morphine..................	0 gr. 20 centigr.
Sulfate d'atropine.....................	0 gr. 10 —
Eau distillée...........................	30 grammes

Mêlez. — Usage externe. — Ne pas laisser cette solution entre les mains du malade.

Si l'on ne possède aucune des préparations ci-dessus, on pourra employer avec avantage la créosote ou l'acide phénique pur, mais toujours en *très petite quantité;* on a le tort très souvent de trop imprégner la ouate de créosote, on brûle les parties avoisinantes et l'on remplace la pulpite aiguë par une périostite alvéolaire, suite de brûlure médicamenteuse.

Dans des cas très rares où la douleur n'a pas cédé aux médicaments ci-dessus indiqués, nous avons employé, avec succès chaque fois, le nitrite d'amyle introduit dans la cavité cariée sur du coton; mais en employant ce médicament, il faut agir très rapidement, pour éviter l'hyperémie cérébrale et faciale produite par l'inhalation de cette préparation; de plus, on recouvrira le premier coton avec un second coton collodionné.

Jamais on ne doit employer l'acide arsénieux dans un cas de pulpite aiguë; il faut attendre au moins deux jours avant de faire cette application qui, comme on le sait, a pour but de détruire d'une façon permanente la vitalité de la pulpe dentaire et par conséquent sa sensibilité. Quant à la quantité d'acide arsénieux à employer, contrairement à ce qui est indiqué dans plusieurs ouvrages de thérapeutique, *elle ne doit jamais dépasser la grosseur d'une petite tête d'épingle;* cette quantité est réduite en pâte en la mélangeant avec un peu de créosote; le tout est placé sur une petite boulette de coton qui doit être placée exactement sur la pulpe dentaire, *et non pas sur la gencive*, car, dans ce dernier cas, le résultat serait un sphacèle plus ou moins considérable des parties molles, avec nécrose d'une partie de l'alvéole. Ce petit coton arseniqué doit être soigneusement enfermé dans la dent, soit avec de la cire ou avec du coton collodionné; il est laissé en place de vingt-quatre à quarante-huit heures; au bout de ce temps la dent est insensible.

Une pulpite aiguë peut encore être produite par une obturation mal faite, obturation métallique en contact trop intime avec la pulpe. Dans ces cas, il faudrait enlever l'obturation, ce qui ne peut être fait que par un spécialiste ; on aura donc recours aux applications externes :

a) Une ou deux sangsues, qu'on aura soin de placer dans un tube en verre, pour éviter qu'elles ne soient avalées, et l'on appliquera l'extrémité du tube sur la gencive en face de l'extrémité radiculaire de la dent.

b) Ou bien, si l'on possède le mélange de menthol et de chloroforme ci-dessus formulé, on en imprégnera un fragment de coton de la dimension d'une amande, qu'on placera au dessus de la dent, entre la joue ou la lèvre et la gencive; en une minute il y aura soulagement. On pourra, de plus, avec le mélange, badigeonner les régions extérieures sensibles,

la tempe, les points orbitaires, en évitant que le liquide pénètre dans les yeux.

Si la pulpite est accompagnée de périostite, — ce qu'on diagnostiquera à l'existence d'une douleur provoquée par la percussion de la dent, — on pourra alors faire de la révulsion externe en appliquant sur la gencive au-dessus de la dent de la teinture d'iode ou l'un des mélanges iodés indiqués plus loin.

II

Périotiste alvéolo-dentaire. — La périostite alvéolo dentaire qui souvent se termine par fluxion, par abcès alvéolaire est due, dans la grande majorité des cas, à une dent morte, c'est-à-dire une dent dont la pulpe est complètement détruite. Les débris pulpaires ayant été laissés dans cette cavité se décomposent, et les produits de la putréfaction de ces matières organiques, ne pouvant s'échapper par la cavité cariée qui, pour une cause ou pour une autre, se trouve obstruée, sortent par l'extrémité radiculaire dans les tissus péridentaires, et sont le point de départ de la périostite alvéolaire. La dent, siège du mal, devient de plus en plus sensible, le malade ne peut la toucher sans produire une douleur immédiate, il ne peut manger du côté malade. La dent n'est pas sensible à l'air froid et l'est très peu ou pas du tout aux liquides chauds ou froids; ceux-ci ne sont pas, comme dans la pulpite aiguë, le point de départ de douleurs atroces.

Les douleurs sont lancinantes et ne s'arrèteront, si l'on n'intervient pas, que lorsque les produits inflammatoires se seront créé un chemin à travers l'alvéole pour se diffuser dans les parties environnantes et constituer la fluxion; à partir de ce moment la douleur aiguë disparaît.

Si le médecin est appelé au début de la périostite, lorsque la dent est allongée et sensible à la pression seulement, sans autre douleur, si la dent est cariée, il devra autant que possible nettoyer la cavité cariée et tâcher d'arriver à la cavité pulpaire, afin de drainer cette cavité, pour que les produits de la décomposition pulpaire, au lieu d'irriter le périoste en s'échappant par le foramen radiculaire, puissent s'écouler dans la cavité buccale.

Il faut, dans ces cas, que la dent soit débouchée et il serait tout à fait inutile, comme on le fait trop souvent, d'introduire une boulette médicamentée, qui ne peut qu'augmenter le mal. Il faut que la dent soit trépanée et qu'il y ait communication directe entre la cavité interne ou pulpaire de la dent et la bouche.

Si la dent a été obturée et si l'on n'a pas à sa disposition l'instrument nécessaire, une petite vrille ou trépan, on agira extérieurement.

Si on voit le malade pendant les premières vingt-quatre heures, on pourra instituer le traitement abortif, en badigeonnant énergiquement la gencive au-dessus de la dent avec l'un des mélanges suivants :

Teinture d'iode	5 grammes.
Teinture de belladone	ââ 2 —
Teinture de jusquiame	
Laudanum de Rousseau	

Mêlez. — Usage externe. — En badigeonnages sur la gencive, au siège de la périostite.

Ou encore :

Teinture d'iode	5 grammes
Teinture de racines d'aconit (Fleming)	1 —
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 15 centigr.

Mêlez. — Usage externe. (Ne pas laisser au malade.)

La teinture de racines d'aconit de Fleming (Pharmacopée anglaise) est beaucoup plus énergique que la nôtre, la dose interne étant de 2/3 à 2 gouttes (maximum).

A défaut de l'une ou de l'autre de ces préparations, on pourra employer la teinture d'iode pure, ou mélangée avec parties égales d'alcool camphré.

L'emploi de la réfrigération nous a donné d'excellents résultats : l'application plus ou moins continue pendant plusieurs heures, sur la joue ou sur la lèvre extérieurement, au niveau de la racine de la dent malade d'une petite vessie de glace.

Il en a été de même de l'emploi du chlorure d'éthyle en pulvérisation sur la gencive : pulvérisation d'une durée de vingt à trente secondes, renouvelée toutes les cinq minutes pendant une heure.

Le chlorure de méthyle, vu son action énergique, ne paraît pas se prêter aux applications répétées, quoiqu'il soit excellent comme anesthésique local.

L'émission sanguine locale nous a donné de bons résultats, nous l'employons comme il suit :

La gencive ayant été préalablement insensibilisée au moyen du chlorure d'éthyle, je fais au-dessus de la dent malade, deux ou trois ponctions aussi énergiques que possible, au moyen du bistouri, en essayant de traverser la paroi alvéolaire, pour arriver aussi près que possible de l'extrémité de la racine; ceci pour éviter au malade deux ou trois jours de souffrance, qui représentent le temps nécessaire à la perforation naturelle de la paroi alvéolaire; de plus, en agissant ainsi, nous évitons aussi la fluxion dans la grande majorité des cas.

On peut encore employer la sangsue comme moyen d'émission sanguine; mais, naturellement, elle ne remplira pas le double but que nous venons d'avoir en vue, c'est-à-dire émission sanguine locale et *perforation alvéolaire.*

Les injections de cocaïne ne doivent pas être employées, car, lorsqu'il y a périostite alvéolaire, l'anesthésie est très peu prononcée et souvent nulle.

Les injections de 0,25 ou 0,50 centigrammes d'antipyrine dans 1 gramme d'eau suppriment la douleur chaque fois : malheureusement elles donnent lieu à une cellulite, suivie d'une induration très longue à disparaître, et qui peut être aussi volumineuse qu'une fluxion.

Inutile de dire que les personnes atteintes de périostite alvéolaire, ou de toute autre affection buccale, doivent maintenir la bouche dans un état aseptique par l'emploi des antiseptiques : eau boriquée, eau chloratée, eau au sublimé à 1/5000.

Si le malade se présente alors que la fluxion est déjà déclarée, il faut toujours essayer d'atteindre la cavité pulpaire ou faire une ouverture artificielle, un drainage, comme le recommande M. Magitot. Si la communication est établie entre l'intérieur de la dent et la bouche, le pus provenant de l'abcès alvéolaire s'écoulera par la dent et la fluxion diminuera graduellement.

Si, d'autre part, faute d'instrument, on ne peut déboucher la dent, il faut agir d'un autre côté.

La fluxion étant déclarée, toute douleur a disparu plus ou moins; ce qu'il reste à faire, c'est de faciliter l'ouverture de l'abcès à l'intérieur de la bouche et de s'opposer par tous les moyens en notre pouvoir, à son écoulement extérieur sur la joue ou au cou, résultat déplorable, surtout chez une femme.

Pour éviter l'ouverture externe, *le traditionnel cataplasme sur la joue*

doit être absolument prohibé et ne doit jamais être employé. Il ne faut pas d'autre part, permettre aux malades, d'entasser sur la joue des couches de ouate l'une sur l'autre, comme ils le font trop souvent.

Nous recommandons à nos malades de prendre dans la bouche, aussi souvent que possible, de l'eau de guimauve boriquée aussi chaude qu'ils pourront la supporter, ou bien de faire cuire une figue de Smyrne dans de l'eau de guimauve boriquée et de l'appliquer sur la gencive au-dessus de la dent, ce qui fait fonction de cataplasme interne.

Si l'abcès se dirige vers la cavité buccale, il n'y a rien d'autre à faire; si, par contre, il prenait la direction de la joue, il faudrait alors continuer les applications très chaudes à l'intérieur, et appliquer sur la joue des compresses d'eau *froide;* dans plusieurs cas, nous avons employé avec plein succès, lorsque l abcès était prêt à s'ouvrir, des compresses de glace à l'extérieur, à l'endroit où l'abcès pointait, et une figue très chaude à l'intérieur, renouvelée aussi souvent que nécessaire; en agissant ainsi nous avons pu le lendemain, au moyen du bistouri, arriver à faire une ouverture interne et prévenir la cicatrice extérieure.

Depuis quelques années, nous n'hésitons pas, dès qu'un abcès alvéolaire paraît vouloir se prolonger ou s'acheminer vers l'extérieur, à plonger le bistouri dans la direction où nous supposons que la paroi alvéoculaire s'est perforée.

Si la périostite ou fluxion est due à une ou plusieurs mauvaises racines, il ne faut pas hésiter à les enlever, *malgré la fluxion,* c'est par un préjugé inexplicable et sans fondement que d'aucuns pensent qu'il ne faut pas procéder à l'extraction d'une dent ou racine pendant une fluxion; nous croyons, au contraire, que la période la plus favorable à l'extraction, sous tous les rapports, est celle où la fluxion existe.

A l'intérieur, pour calmer les douleurs, on associera avec avantage, au traitement local, l'antipyrine, la phénacétine, l'exalgine, ou le sulfate de quinine s'il y a suspicion de paludisme.

En résumé : 1° S'il y a fluxion prononcée, ce qui, dans 99 cas sur 100, veut dire mort de la pulpe et décomposition de cet organe dans la cavité pulpaire, tout médicament placé dans la cavité cariée est absolument inutile et plutôt nuisible, car il empêche ce que l'on doit s'efforcer d'obtenir, à savoir un drainage de la cavité pulpaire. Si l'on ne peut déboucher la dent, on opérera extérieurement, par les révulsifs, comme nous l'avons précédemment indiqué;

2° Pour la douleur due à la pulpite aiguë, ce qui est indiqué par une sensibilité extrême de la dent au chaud et au froid, on tâchera d'appliquer l'un des médicaments indiqués ci-dessus, *directement* dans la cavité cariée. Si la cavité est obturée et qu'on ne puisse la déboucher, on interviendra par la révulsion.

(*Semaine médicale.*)

II. — Sur l'application d'un bétol camphré a la thérapeutique dentaire

Par le Dr V. Galippe.

Les phénols ou leurs dérivés jouissent de la propriété de donner avec le camphre des produits liquides. C'est ainsi qu'en mélangeant avec le camphre le phénol, le salol, le thymol, le naphtol ou la résorcine, les deux corps se liquéfient à la température ordinaire.

Mais le même phénomène ne se produit pas quand, au lieu des corps précédents, on emploie le *bétol.*

Le bétol est un éther du naphtol B. En avril 1886, M. Nencki (de Berne) obtenait le salol par l'action du chlorure salicylique sur le phénol. La même réaction s'applique à la production du bétol, ou éther salicylique du naphtol B.

$$C^{14}H^{5}ClO^{4} + C^{20}H^{8}O^{2} = C^{20}H^{6}(C^{14}H^{6}O^{6}) + HCl.$$

Chlorure salicylique. Naphtol. Bétol.

Le chlorure salicylique étant lui-même préparé par l'action, sur l'acide salicylique, du perchlorure ou de l'oxychlorure de phosphore, il suffit de chauffer, durant quelques heures, entre 120° et 130°, un mélange d'acide salicylique, de naphtol et d'oxychlorure de phosphore.

Comme tous les phénols camphrés, le bétol camphré est insoluble dans l'eau et soluble dans l'alcool, l'éther, les huiles fixes ou volatiles. Il est, comme eux, doué de propriétés antiseptiques et, comme eux, peut être employé en chirurgie.

Enfin le bétol camphré semble encore, comme les autres phénols camphrés, ou leurs dérivés, posséder la propriété de dissoudre un certain nombre de corps, comme l'iode par exemple.

Le bétol camphré constitue-t-il un mélange ou une combinaison ?

La détermination du point de fusion du bétol camphré comparé à celui de chacun des deux corps qui le constituent, pris isolément, a permis à M. Braille (*Union pharmaceutique*, 15 février 1890) de résoudre cette question. Il prit du camphre, dont le point de fusion est 175°, et du bétol pur, qui fond à 94°-95°, et observa le point de fusion du mélange. Il trouva 85°, soit un chiffre bien inférieur à la moyenne (135°) des deux points de fusion du bétol et du camphre, et même ce dernier point de fusion est sensiblement inférieur à celui du plus fusible des deux corps.

Cet abaissement du point de fusion a toujours été observé dans tous les cas d'un mélange de camphre et de phénol, ou de leurs dérivés.

M. Braille conclut qu' « au sein de ces mélanges, il se produit un travail de désagrégation moléculaire, accompagné de faibles manifestations thermiques », c'est-à-dire des combinaisons véritables, quoique très instables.

Une des propriétés du bétol camphré m'a paru susceptible d'être appliquée à la thérapeutique dentaire. Lorsqu'on fait fondre le bétol camphré à une douce chaleur, celui-ci, après être resté un certain temps à l'état liquide, reprend en se refroidissant ses qualités primitives de résistance et de dureté.

J'ai dû me préoccuper, le camphre et le bétol étant susceptibles de se combiner suivant plusieurs proportions, de savoir quelle était celle qui me donnerait le produit le plus résistant et le plus fusible.

Je me suis arrêté aux proportions suivantes: Camphre 1, bétol 2, fondant à 63° centigrades et ayant une densité égale à 1,09.

J'ai résumé du reste dans le tableau ci-joint les propriétés principales des différents bétols camphrés que j'ai préparés.

Le bétol camphré tel, que je l'ai obtenu, et que je l'emploie, ne paraît susceptible de rendre des services dans la thérapeutique dentaire. Il est plus dur et plus résistant que la pâte de Hill est aussi plus adhérent. Seulement il a l'inconvénient d'exhaler une odeur camphrée assez nette. Il m'a rendu des services dans ma pratique et voici comment je l'emploie : après avoir liquéfié le bétol camphré dans un verre de montre, ou dans une petite capsule, on y plonge soit une mèche, soit un tampon de ouate, suivant qu'il s'agit d'obturer temporairement soit un canal radiculaire, soit une cavité. L'instrument portant le coton chargé de bétol camphré doit avoir été chauffé préalablement ; il n'y a du reste aucun inconvénient sérieux à dépasser le point de fusion du bétol camphré. En se

refroidissant le coton prend une dureté considérable. S'il s'agit d'une obturation, on peut remplir la cavité à l'aide d'un compte-gouttes et de bétol camphré liquide et la polir à l'aide d'un fouloir chauffé.

PROPRIÉTÉS DU BÉTHOL CAMPHRÉ

MÉLANGES	POINT de fusion	DENSITÉS	SOLUBILITÉ DANS							DURÉE de prise d'une petite boule du mélange (1)	DURETÉ par ordre (1)
			Eau	Eau alcaline	Eau acide	Salive	Alcool	Éther	Chloroforme		
Camphre 2..... Bétol 1.........	88°	0,98								15 minutes	2
Camphre 1..... Bétol 1.........	76°	1,04	Nulle	Nulle	Nulle	Nulle	Faible	Grande	Considérable	5 minutes	3 Mélange le moins dur
Camphre 1..... Bétol 2.........	63°	1,09								60 minutes	1 Mélange le plus dur

(1) Il est à remarquer que plus le mélange met de temps à durcir, plus il acquiert de dureté par la suite.

Des obturations ainsi faites ont, je le répète, une durée plus considérable que celles obtenues avec la pâte de Hill. Le bétol camphré, en raison de ses propriétés adhésives, se fixe très facilement aux parois de la dent et peut être recouvert, ultérieurement, avec n'importe quelle matière obturatrice (or, amalgame, etc.). Comme nous l'avons remarqué plus haut, le bétol camphré a la propriété de dissoudre un certain nombre de substances antiseptiques. C'est ainsi que l'acide phénique peut être ajouté au bétol camphré, seulement l'acide phénique employé en forte proportion retarde ou empêche même la solidification du bétol camphré. Le chloral se dissout également en toutes proportions dans le bétol camphré, mais, de même que l'acide phénique, il a la propriété de retarder la solidification du bétol camphré.

L'iodoforme est également soluble dans le bétol camphré à la température de fusion de ce dernier corps, mais dans la proportion de 20 0/0 d'iodoforme seulement. Dans ces conditions on obtient un liquide limpide, variant du jaune très pâle au jaune citron, selon la richesse en iodoforme et doué d'une odeur safranée caractéristique.

La solidification du bétol camphré est également ralentie par l'addition de l'iodoforme.

En résumé, le bétol camphré peut rendre des services dans les cas où

aucune autre substance ne pourrait être employée. Le temps et l'expérience nous apprendront quelle place exacte il doit occuper dans notre arsenal thérapeutique [1].

(*Journal des Connaissances médicales.*)

III. — Le chlorure d'éthyle comme anesthésique local

Un nouvel anesthésique vient de voir le jour. Il s'agit, il est vrai, d'anesthésie locale. La substance que, depuis quelques mois, on essaie de tous côtés, est le *chlorure d'éthyle*. Cet agent nous paraît appelé à un réel avenir en petite chirurgie, en raison surtout de la remarquable simplicité de son mode d'emploi. Nous sommes persuadé que, pour ce seul motif, nos lecteurs nous sauront gré de leur en faire ici la courte histoire.

Historique. — Le chlorure d'éthyle, produit d'origine française [2], a été essayé au début à l'étranger, et, il y a peu de temps encore, aucune expérience n'avait été tentée en France à l'aide de cette substance. Ce sont des chirurgiens et des dentistes de Genève — et des plus avantageusement connus — qui l'ont employé les premiers comme anesthésique local. Il nous suffira de citer les noms des Prs A. Reverdin et Vuilliet, ceux de MM. Kummer et Wisard (de Genève) et Schulmann (de Bellegarde), etc., enfin celui de M. Redard, professeur à l'Ecole dentaire, qui, en avril dernier, faisait une très importante communication sur ce sujet au *Congrès français de chirurgie* [3].

Pourtant, dès octobre 1890, M. le Dr Rougier avait noté les bons effets de cette substance dans les douleurs du zona [4]. Divers articles, d'autre part, avaient paru sur cette substance en décembre 1890 dans la *Revue et Archives suisses d'Odontologie* [5]. On avait fait plusieurs communications à la *Société d'Odontologie de Paris* [6] et à la *Société Nationale de médecine de Lyon* [7] sur les services que le chlorure d'éthyle était susceptible de rendre, lorsque parut l'article du Dr Henrich (de Francfort) dans la *Zahnärztliches Wochenblatt* [8].

A partir de ce moment la question fait le tour de la presse et on trouve dans plusieurs journaux différentes notes à ce propos. C'est ainsi que M. le Dr Grandclément vante dans le *Lyon médical* [9] les qualités de ce produit, que M. le Dr Chapenan rapporte dans le *Dental Cosmos* [10] ses heureux essais, que M. le Dr F. Montfort dit son mot sur la question dans la *Gaz. Hebd. de méd. et de chir.* [11], que M. le Dr Scheller y revient à son tour dans la *Gazette médicale de Varsovie* [12]. Mentionnons encore un mémoire de M. Th. Köllicher publié par le *Centr. f. Chir.* [13].

1. Communication faite à la Société de stomatologie, dans la séance du 19 janvier 1891.
2. Il est préparé à Lyon (procédé de M. P. Monnet) par la maison Gilliard, P. Monnet et Cartier.
3. Redard. — *Nouvelle méthode d'anesthésie locale par le chlorure d'éthyle*; in *Congrès français de Chirurgie*, 5e session, 1891, et tirage à part.
4. Rougier. — *Bull. du Dispensaire de Lyon*, no 10, octobre 1890, p. 214.
5. *Revue et Arch. suisses d'Odontologie*, no 12, déc. 1890, p. 487.
6. Séance du 3 déc. 1890 (comm. de MM. Meng et Dubois).
7. M. Ferrand. — *Lyon médical*, 15 février 1891
8. Henrich. — *Zahnärtzliches Wochenblatt*, no 187, 24 janvier 1891.
9. Grandclément. — *Quelques considérations sur l'anesthésie locale en général;* in *Lyon médical*, 22 mars 1891.
10. No 8, août 1891.
11. Montfort. — *Un mot sur le chlorure d'éthyle comme anesthésique local*; in *Gaz. Heb. de méd. et de chir.*, 2 mai 1891, no 18, p. 210.
12. *Gazeta Lekarska*, no 14, 4 avril 1891.
13. *C. f. Chir.*, mai 1891.

A Paris, enfin, des essais ont été faits récemment dans divers services hospitaliers, et nous sommes autorisé à dire qu'ils ont donné des résultats satisfaisants à nos maîtres, MM. Terrier et Quénu entre autres. Un de nos amis de province, M. le Dr Boiffin (de Nantes), nous écrit dans le même sens. A de pareils témoignages il est inutile d'ajouter les observations que nous avons nous-même recueillies sur le mode d'emploi de ce précieux produit.

Le produit. — Destiné à remplacer pour l'anesthésie locale le chlorure de méthyle, dont les inconvénients à ce point de vue sont connus[1], le chlorure d'éthyle est un liquide absolument incolore, d'une odeur éthérée, agréable, et d'ailleurs peu intense.

Sa qualité physique primordiale, *celle sur laquelle repose exclusivement son emploi chirurgical*, est le peu d'élévation de son point d'ébullition. Il bout en effet entre + 10° c. et + 11° c. seulement, c'est-à-dire à 25° plus bas que l'éther. Le maximum de réfrigération qu'on peut obtenir à l'aide du procédé que nous allons décrire à l'instant est de — 35° ; mais avec de l'habitude on l'atténue très facilement, si l'on veut, dans la pratique.

Le chlorure d'éthyle, qui dérive de l'alcool de vin, se prépare à l'état de pureté à l'aide du procédé de M. P. Monnet (de Lyon). C'est sur la formule de décomposition suivante :

$$C^2 H^5 . OH + HCl = C^2 H^5 Cl + H^2 O$$

qu'est basée sa préparation industrielle.

Dans une chaudière autoclave en fer forgé ou acier bien émaillé, de 200 litres de capacité, munie d'un manomètre, d'un thermomètre et d'un robinet de dégagement, on introduit :

Alcool pur à 92° centésimaux....................	53 kil.
Acide chlorhydrique du commerce à 22° Baumé....	110 kil.

L'autoclave étant hermétiquement clos, on chauffe le mélange pendant deux heures à 125° centigrades. La pression dans l'autoclave monte à 25 atmosphères. Après avoir laissé refroidir jusqu'à 60° environ, on ouvre le robinet de dégagement, qui, par un tube de cuivre, met en communication l'autoclave avec un réfrigérant dont le serpentin est entouré de glace et de sel pilé. Le chlorure d'éthyle distille rapidement. Pour l'avoir complètement pur, il est rectifié à nouveau sur de l'eau légèrement alcaline et immédiatement enfermé dans des vases clos. Il est ensuite divisé par portions de 10 grammes dans les ampoules destinées à l'anesthésie locale.

On peut aussi le préparer indirectement par un mélange d'alcool, d'acide sulfurique (une partie de chacun) et de sel marin (deux de chacun), comme l'indique la formule ci-dessous[2] :

$$C^2 H^5 . OH + SO^4 . H + Na Cl = SO^4 . Na + C^2 H^5 . Cl + H^2 O.$$

Ce chlorure d'éthyle est livré par le commerce dans de petits tubes de verre analogues à ceux qu'on emploie aujourd'hui pour conserver le chloroforme à l'abri de l'air, tout à fait semblables à des tubes à expériences, dont l'extrémité libre, fermée à la lampe, a été étirée. Il suffit,

1. Pourtant un chimiste de nos amis recherche actuellement le moyen de parer auxdits inconvénients en mélangeant diverses substances au chlorure de méthyle, dont l'action réfrigérante est trop intense, car il bout à — 17° c. : ce qui amène la production d'eschares et nécessite l'emploi d'un appareil spécial. Tout permet d'espérer qu'il obtiendra une solution satisfaisante au problème qu'il s'est posé.

2. Nous nous permettons de faire remarquer, malgré notre incompétence notoire en chimie, que les 2 formules données dans le travail de M. Redard sont erronées, probablement par suite de fautes typographiques.

pour se servir d'un de ces tubes, de fracturer cette pointe effilée, à l'aide d'une pince à pression [1].



Fig. 18. — Ampoule pour chlorure d'éthyle (grandeur naturelle).

Manuel opératoire. — Pour se servir d'un de ces tubes, après en avoir brisé la pointe, on le prend à pleine main. La chaleur, dégagée par la paume de la main, suffit pour faire entrer le chlorure d'éthyle en ébullition, c'est-à-dire le vaporiser. Si on dispose à ce moment le tube horizontalement, son orifice vers la partie de la peau qu'il s'agit d'insensibiliser, le jet de vapeur très mince est arrêté en ce point et on obtient ainsi une anesthésie complète par un mécanisme tout à fait comparable à celui de la pulvérisation de l'éther à l'aide de l''appareil de Richardson. Mais ici point n'est besoin d'instrument particulier, encombrant, coûteux même. Le récipient, livré par le commerce, sert de réservoir d'anesthésique et la chaleur de la main joue le rôle de la soufflerie à poire de caoutchouc et du tube-vaporisateur, qui se détraque trop facilement. C'est l'idéal, la simplicité même.

On peut arrêter, quand on le veut, le jet de vapeur, soit à l'aide de la pulpe du doigt appliquée sur l'orifice de la pointe effilée, en prenant soin de ne tenir le tube qu'entre le pouce et l'index pour ne pas continuer à le chauffer, soit avec un peu de cire [2], soit avec un petit capuchon de caoutchouc construit *ad hoc* [3].

Les tubes dont nous parlons contiennent environ 10 grammes d'anesthésique: c'est plus qu'il n'en faut pour la plupart des interventions de petite chirurgie courante.

M. Redard conseille de recouvrir la peau, chez les personnes à épiderme sensible, d'un corps protecteur avant de projeter sur elle le chlorure d'éthyle ; et il recommande dans ce but l'huile, l'axonge, la vaseline, le collodion, la glycérine ! C'est à peine si dans ces cas nous tolérerions la glycérine purifiée ou phéniquée. Pourquoi déposer, en un point où l'on doit faire une incision, un corps qui peut être un réceptable à microbes ? La peau n'est pas si sensible, si délicate que cela !

Pour obtenir l'anesthésie locale, il faut diriger le je sur la partie à anesthésier, en tenant le réservoir à une distance de 0,30 à 0,35 cent. La peau, sur laquelle est projeté le chlorure d'éthyle, devient bientôt rose, plus tard d'un rouge assez vif. Puis, de ci de là, sur le derme rubéfié apparaissent de petits points blancs qui se réunissent

1. Tout d'abord l'anesthésique n'a pas été employé de cette façon. On se servait de tampons de coton qu'on imbibait de cette substance et qu'on plaçait en contact avec les parties à anesthésier. C'était quelque chose d'analogue au stypage de M. Bailly, exécuté à l'aide du chlorure de méthyle. Mais le chlorure d'éthyle, utilisé de cette façon, ne produit, d'après Wagner, qu'un froid trop peu considérable. On n'obtient pas ainsi une insensibilité suffisante.

2. Prendre bien garde de ne pas fermer le tube à la lampe, pour éviter une explosion possible.

3. On trouve encore dans le commerce des réservoirs plus volumineux de chlorure d'éthyle, dont l'orifice, aussi petit, est creusé dans un cylindre de

rapidement pour former une zone blanchâtre. Quand celle-ci est devenue très blanche et comme parcheminée, l'anesthésie est obtenue. Il faut une minute environ pour arriver à ce résultat. L'anesthésie persiste de 1 à 2 minutes: il n'en faut pas davantage pour ouvrir un abcès, un panaris, etc.

Le malade n'éprouve qu'une sensation vague de toucher: ce qui tendrait à prouver que le sens du tact est conservé (Wagner).

La théorie de cette anesthésie est facile à comprendre. L'évaporation très rapide du chlorure d'éthyle absorbe la chaleur de la peau ou de la muqueuse, d'où des troubles dans la circulation des parties refroidies et des modifications du côté des extrémités nerveuses.

L'emploi de ce médicament n'est désagréable qu'au moment de la congélation du derme. Parfois la coloration blanche de celui-ci tarde à se montrer. Si l'on veut la faire apparaître, il suffit de toucher la peau sur laquelle sont projetées les vapeurs de chlorure d'éthyle. On dirait qu'il se passe là un phénomène analogue à celui qui se produit quand on jette une pierre dans un réservoir d'eau non glacée, mais ayant une température inférieure à 0°. Instantanément, on le sait, cette eau se congèle.

Critique. — Ce mode d'anesthésie locale est incontestablement supérieur, pour l'instant du moins, à celui qui est basé sur l'emploi de l'éther, qui nécessite un appareil encombrant, appareil qui se détraque trop souvent. — Il est inutile d'ajouter, en outre, après la récente discussion de la Société de chirurgie sur les dangers de la cocaïne, qu'il est bien préférable aux injections sous-cutanées de cette substance pour les opérations de petite chirurgie. En dehors de ce fait que la dose maniable de la cocaïne est encore à trouver, il ne faut pas oublier que son usage nécessite l'emploi des seringues, fort difficiles à stériliser, que trop souvent on n'arrive pas à désinfecter: d'où possibilité de la production d'abcès sous-cutanés, à la suite de l'ablation de la plus petite parcelle de peau.

Usages principaux. — On a, au début, employé surtout le chlorure d'éthyle pour les opérations dentaires: ouverture d'abcès, de kystes, extractions de dents, excision d'épulis. Il suffit que l'intervention ne dure pas plus de 1 à 2 minutes. La vaporisation de ce produit sur les muqueuses n'amène même pas de desquamation. Une personne a un jour reçu un jet de chlorure d'éthyle dans l'œil et n'en n'a pas été incommodée. Pour la muqueuse buccale, M. Montfort recommande de la sécher d'une façon complète avant de l'anesthésier: de la sorte le malade n'accuse qu'un léger picotement dû au froid.

Le chlorure d'éthyle a servi déjà à faire un grand nombre de petites opérations pour lesquelles, ces temps derniers, on avait recours à la cocaïne. On a enlevé ainsi des ongles incarnés, des kystes, des lipomes, etc., on a ouvert des abcès, incisé des panaris, pratiqué la circoncision, etc. Un de nos maîtres a même fait au chlorure d'éthyle l'ablation d'une tumeur de la paroi abdominale... sur un chien célèbre. Schulmann a été plus loin, trop loin parfois: il a eu recours au chlorure d'éthyle pour dilater le col utérin, un phimosis, voire même pour réduire des fractures, ce qui nous paraît un peu extraordinaire...

Il n'est pas besoin d'insister sur les services que peut rendre en outre le chlorure d'éthyle dans les manipulations de laboratoire et dans les

verre qui porte une douille assez grosse. Sur cette douille se visse une plaque obturatrice qu'on enlève et remet à volonté. Disposition fort commode aussi. Ces grands flacons ont l'inconvénient de renfermer en général plus de chlorure d'éthyle qu'il n'en faut pour une petite opération.

démonstrations de cours. Il suffit de conduire le jet sur la paroi d'un tube mince contenant de l'eau, pour obtenir un petit glaçon en quelques instants. Le chlorure d'éthyle fournit en outre aux histologistes un moyen simple de produire la congélation nécessaire pour pratiquer des coupes sur des tissus froids, sans avoir recours au chlorure de méthyle dont le maniement n'a rien d'agréable. On a encore recommandé l'emploi de cette substance dans les névralgies et les sciatiques; mais nous sortirions de notre sujet en signalant les services qu'elle a rendus dans tous ces cas et dans le traitement de ces dernières affections.

(*Le Progrès Médical.*)

MISCELLANEA

I. Mort à la suite d'apoplexie pendant l'anesthésie au protoxyde d'azote. — II. Un nouveau procédé d'anesthésie locale. — III. L'antisepsie de la bouche et de la gorge en temps d'épidémie. — IV. Une mort dans le fauteuil d'opération. — V. Un cas d'empyème de l'antre d'Hygmore gauche.

I. — Mort a la suite d'apoplexie pendant l'anesthésie au protoxyde d'azote

Voici dans quelles circonstances s'est produit cet événement, il y a un an environ, à Philadelphie. Le sujet, un homme, avait souvent fait usage de ce gaz précédemment et, dans le cas en question, il avait deux dents à se faire arracher. Le gaz lui fut administré et quand il fut revenu à lui, tandis que l'opérateur se dirigeait vers sa tablette, il s'occupa de se rincer la bouche en causant en même temps. Il employa un verre d'eau, tout en étant assis dans le fauteuil, puis il se leva et se rendit au lavabo, à une distance de 8 pieds, rempli de nouveau le verre, revint derrière le fauteuil et resta debout pour se rincer la bouche. Il continua ainsi avec 4 verres d'eau, en restant debout, ce qui dura au moins 20 minutes. Pendant ce temps la conversation continua sans interruption, l'opérateur et l'opéré étant d'anciens amis; ce dernier ne donna pas le moindre signe qu'il ne se trouvait pas bien. Alors il posa sa serviette en faisant une remarque sur le soulagement que lui procurait l'extraction et, se plaçant devant la glace, il essaya de regarder les cavités d'où les dents avaient été enlevées. Avec sa main droite il écarta sa joue (les dents étaient la première et la seconde molaire) et il sentit le premier symptôme en retirant sa main; il réunit ses doigts et dit: « J'ai un engourdissement dans cette main. » Il était pâle et comme on pensait que cette faiblesse provenait de ce qu'il avait regardé ses alvéoles, ainsi que cela arrive quelquefois, on lui recommanda de s'étendre sur le lit de repos qui était à côté et on lui offrit du cognac; à ce moment, il était sans force et incapable d'articuler un son. Il resta sans connaissance pendant dix minutes environ et mourut 4 heures 1/2 après. A l'enquête du coroner, les trois médecins furent unanimes à déclarer que la mort était due à une apoplexie et non à l'inhalation du gaz. Un frère du défunt affirma que la mort était indépendante des effets du protoxyde et le verdict du jury déchargea l'opérateur de toute responsabilité.

(*Dominion Dental Journal.*)

II. — Un nouveau procédé d'anesthésie locale

Voici ce procédé imaginé par le Dr Corning, de New-York :

On injecte dans la peau de la région qu'on veut anesthésier d'abord une solution de cocaïne à 2 ou 3 0/0, puis, après avoir retiré la seringue, mais en laissant son aiguille en place, on adapte à cette aiguille une autre seringue remplie de beurre de cacao liquéfié par la chaleur et on injecte ce liquide ; enfin on soumet la région aux pulvérisations d'éther. Le refroidissement produit par ces pulvérisations amène la solidification du beurre de cacao injecté dans la peau. La circulation dans les capillaires de la peau se trouvant suspendue par suite de cette solidification, la solution de cocaïne n'est pas absorbée, mais elle reste en place, continuant à agir sur la terminaison des nerfs sensibles et à entretenir ainsi l'anesthésie. Dès qu'on cesse les pulvérisations, le beurre de cacao, se liquéfie par la chaleur du corps. L'absorption du beurre de cacao ainsi que celle de la solution de cocaïne, commence alors à se produire et l'anesthésie tend à disparaître. Mais si l'on continue les pulvérisations d'éther sans interruption, on peut faire persister l'anesthésie pendant un temps très long, variant d'une à deux heures, surtout lorsqu'on a soin de diminuer la tension naturelle de la peau en élevant, par des tractions exercées de la périphérie vers le centre, un pli cutané tout autour de la région anesthésiée.

M. Corning croit que son procédé est appelé à rendre de grands services en chirurgie, ainsi qu'en médecine, pour le traitement de certaines douleurs localisées.

Pour en faciliter l'application, il a fait construire un petit appareil composé de deux seringues juxtaposées qui, au moyen d'un tube bifurqué, aboutissent à une aiguille commune, une des seringues, d'une capacité de 5 c. c. est destinée à la solution de cocaïne ; l'autre, réservée au beurre de cacao, peut contenir 20 c. c. de liquide.

(Union médicale du Canada.)

III. — L'antisepsie de la bouche et de la gorge en temps d'épidémie

M. le Dr Vallin a fait le 2 février à l'Académie de médecine les observations suivantes :

« Je reconnais combien il est difficile d'établir la prophylaxie d'une maladie pandémique, infectio-contagieuse, comme paraît être la grippe actuelle. La maladie est dans l'air, dit le public, et le public a raison ; comment se préserver de l'air dans lequel nous vivons et dont nous vivons ? Il y a cependant un point de la prophylaxie banale qui me paraît mériter une attention particulière : je veux parler de l'antisepsie de la bouche, des fosses nasales et de l'arrière-gorge en temps d'épidémie.

» La bouche est la porte d'entrée et le foyer de culture de presque tous les germes morbides qui existent dans l'air. Il est difficile que ces germes pénètrent directement dans les ramifications bronchiques ; on les y trouve cependant, mais exceptionnellement, presque tous sont arrêtés par la boutonnière étroite du larynx et, bien avant le larynx, par les mucosités qui tapissent les fosses nasales, la bouche, les amygdales et le pharynx. Un grand nombre de ces germes sont avalés avec la salive et détruits par les sucs gastriques quand on est bien portant ; parfois cependant l'infection de l'économie a lieu par les voies digestives. Mais souvent ils trouvent dans la bouche elle-même, surtout quand elle est mal soignée, à la fois un milieu de culture et une étuve à incubation. Ils y pullulent, attendant une porte d'entrée directe ou une diminution de résistance, locale ou générale, de l'organisme pour envahir l'organe affaibli.

» Il suffit de rappeler que MM. Roux et Yersin, dans leurs belles études sur la diphtérie, ont examiné les mucosités buccales de 45 enfants en traitement à l'Hôpital des Enfants malades pour des affections autres que la diphtérie ; chez 15 ou 20 d'entre eux, ils ont trouvé dans la salive la forme atténuée du bacille diphtéritique, forme atténuée qui peut reprendre sa virulence dans des conditions de milieu favorables. Bien que dans cet hôpital les diphtéritiques soient isolés dans un pavillon spécial, on comprend que des poussières se soient trouvées en suspension dans l'air des salles communes. Mais les mêmes auteurs ont examiné la bouche de 60 enfants d'une école de Normandie au bord de la mer, dans une localité où depuis longtemps il n'y avait pas eu d'épidémie de diphtérie ; 25 présentaient également dans leur bouche le bacille pseudo-diphtéritique.

» De son côté M. Netter a montré, il y a peu d'années, qu'à la suite d'une pneumonie infectieuse le sujet guéri pouvait continuer à cultiver dans sa bouche pendant plusieurs années le pneumocoque de Pasteur-Frœnkel. D'après le même médecin, le streptococcus et le staphylococcus pyogènes, qui sont les agents de l'érysipèle, des suppurations et de la septicémie se rencontrent fréquemment dans la bouche d'individus bien portants. Le nombre de ces organismes pathogènes trouvés dans la bouche, sur les amygdales et dans les fosses nasales de sujets sains, est aujourd'hui considérable : tant que l'organisme offre une résistance suffisante, la santé reste bonne ; mais survienne une effraction, une amygdalite, une angine, une bronchite, une pneumonie, celle-ci peut devenir infectieuse et promptement mortelle, de la même façon que les poussières suspectes avec lesquelles le corps est depuis longtemps en contact journalier font naître un erysipèle ou même la septicémie à l'occasion d'une simple écorchure.

» Ce qui fait la gravité et la perniciosité de la grippe épidémique, c'est que des affections tout d'abord très légères en apparence, et particulièrement des angines, des coryzas, des bronchites simples, se compliquent tout à coup de suppurations viscérales à marche foudroyante. Il n'est pas impossible que, dans un assez grand nombre de ces cas, la bouche soit le point de départ de l'infection mortelle.

» Le rôle de ces infections secondaires d'origine buccale, au cours de maladies déjà graves par elles-mêmes (fièvre typhoïde, pneumonie, pleurésie aiguë) est certainement considérable, et la question mérite de sérieuses recherches. Mais, que cette infection soit secondaire ou primitive, l'indication prophylactique est la même : il faut pratiquer l'antisepsie des fosses nasales, de la bouche et du fond de la gorge dans tous leurs replis, à l'aide de lavages répétés et prolongés.

» Ces lavages peuvent être faits avec de l'eau additionnée de teintures aromatiques où prédominent les essences de cannelle, de citron, de badiane, etc., dont M. Chamberland et MM. Cadéac et Meunier, démontraient, il y a peu de temps les propriétés antiseptiques ; il faudrait y ajouter du naphtol, du salol, de l'acide phénique, etc., qui ne sont ni toxiques ni capables d'altérer l'émail des dents. Pour les fosses nasales, rien n'est supérieur à la solution d'acide borique à 3 0/0, aspirée de manière à pénétrer jusque dans le pharynx nasal ; elle supprime constamment la période de suppuration, si répugnante, de tout coryza.

» Il est évident que, pour être efficaces, de tels lavages (sous forme de gargarisme, de rinçage, etc.) doivent être répétés plusieurs fois par jour, de préférence avec des liquides chauds et être assez prolongés pour que le contact avec les enduits suspects dure cinq minutes et au-delà. Si ces soins ne peuvent être pris tous les jours et rigoureusement par les per-

sonnes bien portantes, particulièrement au réveil et le soir en se couchant, ce qui est cependant facile, au moins s'imposent-ils dès la première apparition des manifestations de la grippe, en particulier coryza, angine, bronchite, etc...

» Certaines personnes considéreront peut-être ces recommandations prophylactiques comme d'ordre inférieur et presque indignes de l'Académie. Je crois que c'est une erreur ; il y a peu d'années on traitait avec quelque dédain la relation d'un cas où un médecin, atteint d'une petite suppuration au bout du doigt, était accusé de porter la septicémie chez tous les opérés qu'il pansait et la fièvre puerpérale chez les accouchées qu'il assistait ; personne ne conteste plus aujourd'hui l'extrême danger de la pratique chirurgicale dans de telles conditions. De même, on ne donne pas encore à la bouche et aux fermentations dont elle est le siège l'importance qu'elle mérite comme porte d'entrée d'un certain nombre de maladies infectieuses. En tout cas, en l'absence de mesures prophylactiques vraiment scientifiques à conseiller contre une épidémie qui nous entoure et nous menace, je ne vois que des avantages à conseiller la propreté extrême d'une partie de notre corps qui devrait par excellence être toujours à l'abri du moindre soupçon d'incurie. »

(Revue d'hygiène et de police sanitaire.)

IV. — Une mort dans le fauteuil d'opération

Mme Brandt-Goertz, âgée de 32 ans, chanteuse d'opéra au théâtre de la cour de Hanovre, arriva à Cassel le 11 avril pour voir son mari et sa famille. Elle se plaignait depuis longtemps de violentes douleurs dans le maxillaire droit, où une molaire était branlante et où une fistule dentaire s'était formée dans la gencive. Le 12, à midi, elle se rendit chez un médecin-dentiste qu'elle connaissait depuis longtemps et qui l'avait déjà soignée bien des fois, pour se faire arracher cette dent. Lorsqu'elle entra dans le cabinet, elle se trouvait en proie à une telle excitation que, en raison de son état de grossesse visible, le praticien refusa d'entreprendre l'extraction. Elle désirait tout d'abord qu'on l'endormît, mais il avait refusé de même.

Comme elle insistait pour l'extraction parce qu'elle devait bientôt retourner à Hanovre, le dentiste céda. Elle s'assit sur le fauteuil, mais elle avait à peine respiré le narcotique qu'elle le repoussa en disant qu'il lui faisait mal et qu'elle pria le dentiste de lui enlever sa dent. L'avulsion se fit sans difficulté. Mais, par suite de la suppuration elle dut ressentir de violentes douleurs car elle poussa des cris aigus. Le dentiste chercha à la calmer, avec succès en apparence, et lui présenta, comme de coutume, un verre d'eau pour se rincer la bouche. A peine avait-elle fait cette opération qu'elle changea brusquement de couleur et, sans émettre un seul son de voix, elle tomba contre le dossier du fauteuil et expira.

Toutes les tentatives faites pendant 3/4 d'heure pour la rappeler à la vie au moyen de l'électricité, d'injections d'éther et de la respiration artificielle furent vaines. La mort était dûe à une apoplexie du cœur.

(Journal für Zahnheilkunde.)

V. — Un cas d'empyème de l'antre d'Hygmore gauche avec sécrétion de pus fétide. Ouverture du sinus, guérison au bout de quarante-cinq jours

Observation recueillie par M. Lemelletier.

Les affections inflammatoires des sinus donnant lieu depuis quelque temps à de nombreuses publications et à de fréquentes discussions, à cause de certaines particularités, il nous a paru intéressant de rapporter l'observation suivante :

Observation. — V... (Emile), boucher, demeurant à Paris, se présente, le 12 octobre 1891, à la *Polyclinique*, pour consulter M. le Dr Natier. Il était allé, la veille, à l'hôpital Saint-Louis, se plaindre de son nez, et c'est de là qu'on nous l'avait adressé. Ce malade mouche en très grande abondance du pus par la narine gauche, et c'est la raison pour laquelle il vient réclamer nos soins.

V... est un homme de 29 ans, de taille notablement plus élevée que la moyenne, et d'une force peu commune ; antérieurement, il n'a jamais eu de maladie importante et il n'offre aucune trace de syphilis, affection dont il semble être toujours demeuré indemne.

Son père et sa mère sont vivants et bien portants ; un frère est mort d'une maladie nerveuse indéterminée.

Vers l'âge de 13 ou 14 ans, comme il ressentait de la gêne dans la fosse nasale gauche, il se rendit à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, où on lui arracha, à l'aide de pinces, quelque chose qu'on lui dit être un polype. Depuis cette époque, il prétend qu'il n'éprouva de ce côté aucun symptôme particulier.

Il y a 5 semaines environ que le malade a commencé à ressentir de violents maux de dents du côté gauche, plus accusés au maxillaire supérieur. En même temps il souffrait d'un coryza assez intense.

Depuis 15 jours, il s'est aperçu que du pus, en quantité notable s'écoulait de la narine gauche lorsqu'il se mouchait. En même temps survenaient des douleurs assez vives dans la région orbitaire et au niveau de la joue gauche.

Etat actuel. — Aucune tuméfaction, aucune asymétrie du côté des joues. Toutefois, à gauche, une pression un peu forte développe une certaine sensibilité.

La rhinoscopie antérieure fait reconnaître la présence de pus dans le méat moyen du côté gauche et aussi entre le cornet moyen et la cloison qui, déviée à gauche, rejoint presque complètement le cornet. Aucune particularité à noter pour la fosse nasale droite.

Toutes les molaires du côté gauche sont cariées au dernier degré. Sur le maxillaire supérieur, du côté du sillon gingivo-labial et au niveau du collet de la 2e prémolaire, on observe une petite fistule d'où s'écoule du pus qu'on peut faire sourdre plus abondamment par la pression ; un stylet introduit dans cette fistule s'enfonce à une profondeur de 1 cent. environ. Une 2e fistulette existe en dehors du collet de la 1re grosse molaire.

La moitié gauche de la voûte palatine, surtout au voisinage du rebord alvéolaire, est très rouge, tuméfiée, saillante et très sensible à la pression, rénitente.

Quoique, depuis le début de l'écoulement purulent par le nez, les douleurs névralgiques aient persisté, l'état général est bon, l'appétit conservé. Le malade a constaté lui-même la *mauvaise odeur de la sécrétion nasale.*

M. Natier, en présence de ce symptôme, porte le diagnostic d'empyème du sinus maxillaire et recommande l'extraction des mauvaises dents.

14 octobre. — Le malade s'est fait extraire la veille les 3 premières molaires cariées ; aucun écoulement de pus par les alvéoles n'a suivi l'extraction de ces dents. Mais 4 ou 5 heures après, l'abcès de la moitié gauche de la voûte palatine s'est rompu, laissant écouler dans la bouche un pus d'odeur infecte et de goût insupportable.

Ensuite les douleurs ont presque complètement disparu.

Du pus s'écoule encore des fistulettes constatées au premier examen. Mais en outre on voit, sur la moitié gauche de la voûte palatine, à 1 c. 5 de l'arcade alvéolaire, une petite perte de substance ayant un centimètre de diamètre. En pressant la région voisine on fait sourdre du pus : il semble exister un décollement assez étendu le long de l'arcade dentaire au niveau des molaires.

Le pus continue à couler par la fosse nasale gauche.

On prescrit 3 lavages du nez dans la journée et de fréquents gargarismes.

19 octobre. — Depuis le 14, des douleurs frontales et orbitaires, notamment à gauche, ont reparu ; à certains moments, surtout le matin, elles deviennent plus aiguës. Cependant le sommeil et l'appétit sont conservés. La bouche est mauvaise, amère, l'haleine est fétide.

L'écoulement nasal purulent persiste abondant.

A l'aide d'un trocart de 2 mm. 5 à 3 mm. de diamètre, M. Natier pratique la ponction du maxillaire au niveau de la 2e petite molaire. Après plusieurs essais, et une assez grande résistance, on pénètre à travers un os dur, à une profondeur de 1 cm. 5 environ. La perforation de l'alvéole amène l'issue d'une cuillerée à café de pus très épais, jaune verdâtre, fétide. On fait, avec de l'eau boriquée, un lavage abondant par la canule du trocart. On ne réussit point à maintenir un drain dans l'ouverture.

De fréquents lavages de la bouche et des fosses nasales sont prescrits.

20 octobre. — Un certain endolorissement persiste dans la moitié gauche de la face.

Le pus ne s'est point écoulé dans la bouche par la voie alvéolaire — la sécrétion nasale est la même.

Par l'orifice créé au moyen du trocart, on introduit une petite sonde uréthrale qui pénètre à une profondeur de 2 cm. 1/2 à 3 cm. On fait un lavage, d'abord avec une solution de sublimé au 1/2000, puis avec de l'eau boriquée. Le liquide sort facilement par l'orifice nasal. A plusieurs reprises, de véritables paquets de pus sont chassés par la fosse nasale gauche. En faisant lentement l'injection, on ne provoque aucune douleur, on s'arrête lorsque le liquide sort incolore.

21 octobre. — Disparition des douleurs de la face. Lavage facile du sinus.

22 octobre. — Lavages.

23 octobre. — On place dans l'orifice alvéolaire, une petite canule en argent sur les indications de M. Natier, et munie d'un opercule qui empêche l'introduction de parcelles alimentaires. Cette canule, de 3 cm. de longueur, a le volume d'une petite plume de corbeau. Elle est bien supportée, ne cause ni douleur, ni gêne.

Le liquide injecté dans le sinus amène encore l'issue de pus par la fosse nasale.

L'ulcération palatine est presque disparue.

24 octobre. — Depuis la veille, le malade ne constate plus l'écoulement de pus par le nez, quand il se mouche, mais, ayant dérangé l'opercule

de la canule, il a dû provoquer par des mouvements de succion, l'issue de pus dans la bouche. La canule est bien tolérée. Le lavage ramène peu de pus

27 *octobre*. — On raccourcit la canule de 1 cm. environ.

Tout écoulement nasal a cessé.

Lavages quotidiens avec une solution de sublimé au 1/2000.

3 *novembre*. — La sécrétion nasale n'a point reparu. A peine s'écoule-t-il quelques gouttes de pus au début du lavage ; la suppuration est à peu près nulle et, presque immédiatement le liquide devient clair, mais il passe lentement par le nez et ne coule que goutte à goutte, et, si on continue à pousser l'injection, on développe assez vite dans le sinus une tension douloureuse.

11 *décembre*. — Depuis le dernier examen la suppuration a cessé complètement. Aucune trace de pus ni dans la canule, ni dans l'eau des lavages. Depuis 8 jours le malade a cessé les lavages ordinaires sans aucun dommage; ni les douleurs ni le sentiment de tension du sinus n'ont reparu.

On peut considérer l'affection comme guérie. La canule est enlevée, on cesse tout traitement.

L'ulcération consécutive à l'abcès de la voûte palatine est cicatrisée, les fistules dentaires sont taries.

6 *janvier* 1891. — La guérison s'est maintenue complète depuis un mois.

Réflexions. — Dans cette observation on trouve réunies les deux causes les plus fréquentes des suppurations des sinus : un coryza et des lésions de carie dentaire. Mais il ne semble point douteux que ces dernières aient eu un rôle absolument prédominant dans le cas présent. L'existence de fistules, l'extension de la périostite à la voûte palatine et la production des abcès le prouvent suffisamment.

En outre, il est à remarquer qu'ici l'inflammation du sinus paraît avoir eu une marche assez rapide, puisque les premiers symptômes (douleurs dentaires violentes) auraient débuté seulement 5 semaines avant l'examen du malade. Ce dernier affirmait catégoriquement n'avoir rien présenté d'anormal du côté des fosses nasales avant cette date.

Enfin, il est intéressant de constater que, malgré l'apparente gravité des lésions des alvéoles et du maxillaire, la guérison est survenue dans un délai relativement court (45 jours).

Le traitement mis en œuvre par M. le Dr Natier a encore le mérite de la simplicité. On se procure aisément un trocart. La mise en place d'une canule permet aux malades de faire eux-mêmes les lavages et empêche le trop rapide rétrécissement du conduit créé artificiellement sur le rebord alvéolaire. Dans le cas présent, l'orifice normal du sinus permettant facilement les irrigations, il n'a point paru nécessaire de créer une ouverture nasale.

(*Revue internationale de rhinologie, otologie, et laryngologie*).

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

BREVETS D'INVENTION RELATIFS A L'ART DENTAIRE

I. Brevets allemands

Cl. 30. N° 59458. Appareil pour amener la respiration profonde. Ch. C. Davis, Los Angeles, Californie. Du 19 décembre 1890.

N° 59509. Couteau chirurgical. Schloss et Stern, Solingen. Du 26 septembre 1890.

N° 59510. Pièce à angle pour tours dentaires. Ehrlich et Köhler, Dusseldorf. Du 30 septembre 1890.

N° 59555. Pince. F. Blinger, Ludwigshafen. Du 19 décembre 1890.

N° 60048. Flacon pour poison avec bouchon de sûreté. A. Steffens et A. Hansen, Zurich. Du 12 juin 1891.

II. Brevets américains pris en février 1892

9 février. N° 468653. G. W. Geitz. Fouloir dentaire.
N° 468746. W. S. How. Pinces dentaires.
N° 468761. E. A. Bryant. Dentier artificiel.
16 février. N° 468922. R. G. Stanbrough. Dents artificielles.
N° 468923. — — Instrument dentaire.
N° 469064. H. Mac Kay. Etui pour cure-dent.

N° 460687. Tour dentaire. Arthur W. Brown, Prince 's Bay, New York. Du 6 octobre 1891.

460795. Partie supérieure d'un tour dentaire. Andrew J. Harris, Chicago. Du 6 octobre 1891.

461754. Instrument pour opérations dentaires. Ellwood Hay à Philipsburg. Du 20 octobre 1891.

461844. Dent artificielle. Joseph Payne, Dwight. Du 27 octobre 1891.

462133. Maillet pour dentistes. Henry Hinchmann, Johnston. Du 27 octobre 1091.

MODÈLES

Allemagne.

Cl. 30. N° 203. Pince pour dentistes. C. Veppel, Munich. 1er octobre 1891.

N° 382. Support automatique pour les instruments de chirurgie qui ont besoin d'un manche. J. Hecht, Berlin. 28 octobre 1891.

(*Poulson's Bericht et Dental Cosmos.*)

NÉCROLOGIE

On annonce la mort, après une longue et douloureuse maladie, de M. Charles Sauer, qui fut pendant longtemps professeur de prothèse à l'Institut royal de Berlin et président de la Société centrale des

médecins-dentistes allemands. On lui doit plusieurs monographies de dentisterie, des travaux et des essais heureux en métallurgie ainsi qu'un appareil fixe pour les fractures maxillaire.

(*Vierteljahrsschrift. f. Zahn.*)

NOUVELLES

I. — La dentisterie en Russie

En Russie la dentisterie semble attirer grandement l'attention du sexe féminin. L'Ecole dentaire de Saint-Pétersbourg a, pendant les dix dernières années, reçu 219 étudiants, parmi lesquels 84 hommes seulement et 135 femmes. La prépondérance de celles-ci se fait également remarquer à l'école d'Odessa. Quant à l'état social de ces femmes-dentistes, nous ne pouvons fournir aucune indication précise, mais un voyageur qui connait bien la Russie nous dit que sa *barbière* a récemment abandonné ce métier et s'est mise à étudier la dentisterie.

(*British J. of. dental science.*)

II. — Dentistes féminins en Suède

Un cours spécial d'études vient d'être institué à Stockholm pour les étudiants du sexe féminin désireux d'étudier la dentisterie. La direction en a été confiée à Mlle Elena Levin, qui a récemment obtenu ses degrés à l'Ecole dentaire de Gothenburg.

(*Brit. J. of Dent. Science.*)

III. — Congrès international des sciences médicales

On sait que le Congrès périodique international des sciences médicales se réunira à Rome en 1893. Il peut être curieux de noter que, jusqu'à présent, il n'est pas encore question d'y organiser une section dentaire.

IV. — Congrès dentaire de l'exposition de Chicago

Le *Dental Cosmos* d'avril donne la liste des divers comités qui ont été nommés jusqu'à présent et des membres qui les composent. Ce sont :

1° Le comité exécutif;

2° Le comité des conférences pour le Congrès auxiliaire, qui comprend entre autres, MM. E. Lecaudey, directeur de l'Ecole dentaire de Paris, Magitot, Evans, pour la France ;

3° Le comité des finances ;

4° Le comité des expositions ;

5° Le comité du transport ;

6° Le comité de réception ;

7° Le comité d'inscription ;

8° Le comité de conférences avec les Sociétés d'Etat et locales, comprenant une commission par chaque Etat de l'Union ;

9° Le comité de l'histoire de la législation dentaire aux Etats-Unis et dans les autres pays, qui compte un seul membre pour la France, M. Paul Dubois, ancien directeur de l'Odontologie ;

10° Le comité d'audition ;

11° Le comité d'invitation ;

12° Le comité de nomination des membres;

13° Le comité de l'exposition d'enseignement et de littérature professionnelle ;

14° Le comité des démonstrations pratiques de dentisterie opératoire et de chirurgie buccale ;

15° Le comité de prothèse dentaire ;

16° Le comité local des installations ;

17° Le comité des communications ;

18° Le comité de l'histoire de la dentisterie aux Etats-Unis ;

19° Le comité pour provoquer la nomination de chirurgiens-dentistes dans les armées et les marines du monde, qui comprend pour la France M. le Dr Galippe ;

20° Le comité des soins des dents à donner aux pauvres ;

21° Le comité de micrographie et de bactériologie avec M. Magitot pour la France ;

22° Le comité des récompenses ;

23° Le comité de publication,

24° Le comité de nomination ;

Quelques autres commissions restent encore à nommer.

(*Dental Cosmo.*)

AVIS

I. — Banquet de l'Association des dentistes de France

Le banquet annuel de l'Association générale des dentistes de France aura lieu le samedi 28 mai courant, à 7 heures du soir, dans les salons du restaurant Marguery, entrée 1, rue d'Hauteville. Le prix est fixé à 15 francs. Envoyer les adhésions à M. Martinier, trésorier, 173, rue Saint-Honoré, Paris.

II. — Concours a l'École dentaire de Paris

Le conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris a décidé, dans sa séance du 26 avril dernier, l'ouverture d'un concours : 1° pour trois postes de professeurs-suppléants de dentisterie opératoire; 2° pour trois autres postes de professeurs-suppléants de clinique. Ces concours auront lieu dans la deuxième quinzaine de juillet 1892.

Les règlements de ces examens seront publiés dans le prochain numéro.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

Ouvrages publiés en langues étrangères

Transactions of the Illinois State Dental Society at the 27th annual meeting, held at Blomington, May 12 to 15, 1891. — *Comptes-rendus de la 27e réunion annuelle de la Société dentaire de l'Illinois tenue à Blomington du 12 au 15 mai* 1891. (Chicago, the Dental Review, 1891.)

Transactions of the Indiana State Dental Association, 22nd annual meeting, held at Indianopolis, june 30, 1891, continuing 3 days. — *Comptes-rendus de l'Association dentaire de l'Indiana, 33e réunion annuelle tenue à Indianopolis du 30 juin au 3 juillet.* (Indianopolis, W. M. Herriott, 1891.)

Sternfeld. — Zahnärztliche Bücherkunde; bibliographisches Verzeichniss von Büchern, akademischen und sonstigen Abhandlungen, sowie der in medizinischen und naturwissenschaftlichen Zeitschriften veröffentlichten Aufsätze über das gesammte Gebiet der Zahnheilkunde; alphabetisch geordnet und mit eingehender wissenschaftlicher Uebersicht. — *Bibliothèque dentaire. Catalogue bibliographique des livres, traités et publications médicales et scientifiques concernant la dentisterie, par ordre alphabétique.* (Karlsruhe, A. Bielefeld, 64 p. 8° 1891).

Knod. — Das Bromäthyl und seine Anwendung als Narkoticum in der zahnärztlichen Praxis (Essen 1891, Geck, 26 p. 8°). *Le bromure d'éthyle et son emploi comme anesthésique dans la pratique dentaire.*

North. — Questions and answers on dental pathology and therapeutics, dental embryology, hygiene and care of children's teeth. *Questions et réponses de pathologie de thérapeutique et d'embryologie dentaires, d'hygiène et des soins de la bouche des enfants.* (Chicago 1891, 74 p. 12°.)

Scheff. — Ueber dans Empyem der Highmorshöhle und seinen dentalen Ursprung; anatomisch-klinische Studie. *L'empyème de l'antre d'Hygmore et son origine dentaire; étude anatomique et clinique.* (Vienne, 1891, Hölder, 42 p. 8°.)

Villard. — Artificial anœsthesia and anesthetics. *Anesthésie et anesthésiques artificiels.* (Detroit 1891, Dairs, 144 p. 12°)

Zuckerhandl. — Anatomie der Mundhöhle mit besonderer Berücksichtigung der Zähne. *Anatomie de la cavité buccale par rapport aux dents.* (Vienne, 1891, Hölder, 200 p. 8°.)

Gorgas. — A manual of dental materia medica and therapeutics. *Manuel de matière médicale dentaire et de thérapeutique dentaire* (4e édit. Blakiston et Son, Philadelphie, 1891.)

Transactions of the Dental Society of the State of New-York, 22d and 23d annual meetings, Albany, May 1890-1891. *Comptes-rendus des 22e et 23e réunions annuelles de la Société dentaire de l'Etat de New-York à Albany en mai 1890 et 1891.*

Ottolengui. — Mechanism versus Surgery in the treatment of congenital cleft palate. *La prothèse comparée à la chirurgie dans le traitement des divisions congénitales du palais* (août 1891, 17 pages).

OUVRAGES PUBLIÉS EN FRANÇAIS

Dr **Thomas.** — De l'antisepsie appliquée aux traitement des affections parasitaires de la bouche et des dents. Rôle des micro-organismes dans ces affections. (Paris, Steinheil, 1891, 195 p.)

X. — L'ozone dans le traitement de l'anémie et de la tuberculose (Saint-Raphaël, Chailan).

Barillé. — Des complications infectieuses de la périodontite suppurée (Paris, 1891, 74 p. 40).

Bouvet. — Etude critique sur la pathogénie des kystes des mâchoires (variété radiculo-dentaire) (Paris, 1891, 86 p. 4°).

PÉRIODIQUES. TRAVAUX ORIGINAUX

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE NORMALES ET PATHOLOGIQUES

Abbott. Anomalies dentaires rares (*Dent. Cosm. nov.* 91). — **Carpenter.** Racine de bicuspide (*West. Dent. J. oct.* 91). — **Davenport.** Articulation des dents (*Int. Dent. J. janv.* 92). — **Dennis.** Espaces inter

dentaires (*Dent. Rev. nov.* 91). — **Dennis**. Le bord cervical (15 *déc.* 91.) — **Dodge**. Mouvement réciproque des dents (*Dent. Cosm. déc.* 91). — **Galippe**. Recherches d'anatomie normale et pathologique sur l'appareil dentaire de l'éléphant (*J. d'anat. et de physiol.* 27). — **Gingrich**. Etiologie de la carie dentaire (*South. D. J. déc.* 91). — **Johnston**. Dents sans pulpe (*Dent. Rev. nov.* 91). — **Kells**. L'érosion (*Dent. Cosm. déc.* 91.) — **Miller**. La bouche humaine comme foyer d'infection (*Dent. Cosm. nov.* 91). — **Moody**. Dents sans pulpe (*Dent. Rev. nov.* 91). — **Pedley**. Observations sur les dents des enfants des hôpitaux (*J. of. Brit. Dent. Ass.* 16 *nov.* 91). — **Pera**. Déformation dentaire dans la syphylis héréditaire tardive (*Il Prog. Dent. déc.* 91). — **Platschick**. Contribution à l'étude des anomalies de siège et de développement (*Il Prog. Dent. déc.* 91). — **Schumann**. Les dents et la grossesse (*Dent. Rev. nov.* 91). — **Smith**. Nouvelle méthode pour la préparation des sections de dents et d'os afin de démontrer la combinaison des tissus durs et mous (*Brit. J. of. Dent. Sc.* 15 *déc.* 91). — **Talbot**. La respiration n'est pas la cause des mâchoires contractées et des voûtes élevées (*Dent. Cosm. nov.* 91). — **Thompson**. Ethnologie de la face (*Dent. Cosm. janv.* 92). — **Tracy**. Moyens pour mesurer l'angle facial (*Dent. Rev. nov.* 91). — **Tripp**. Trois cas de dentition imparfaite dans la même famille (*J. of. Brit. Dent. Ass.* 15 *déc.* 91). — **Wallace**. Dents croissant par suite de pulpes permanentes (*J. of Brit. Dent. Ass.* 15 *janv.* 92). — **Wilson**. Dents manquantes ou supprimées chez l'homme (*Dent. Rev.* 1er *janv.* 92).

DENTISTERIE OPÉRATOIRE. THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALE. MATIÈRE MÉDICALE

Bauer. Obturation des dents en cas de pulpite (*Odontoskop, janv.* 92). — **Broadbent**. Destruction et enlèvement de la pulpe et obturation des canaux (*Dent. Rev.* 15 *déc.* 91). — **Brophy**. Affections des glandes salivaires et des tissus voisins (*Dent. Rev. déc.* 91). — **Brown**. Couronnes (*Dent. Rev. nov.* 91). — **Bryan**. Memento dentaire perfectionné (*Quart. circ. déc.* 91). — **Chase**. Médecine dentaire (*Int. Dent. J. janv.* 92). — **Dubreuil**. Nevralgie épileptiforme du nerf dentaire inférieur ; destruction du nerf par le thermocautère ; disparition des douleurs et des convulsions (*Sem. méd. XI*). — **Dunkerley**. Odontomes (*Brit. J. of. Dent. Sc.* 1er *janv.* 92). — **Dunn**. Méthode pour teinter les dents artificielles (*Quart. circ. déc.* 92). — **Edin**. L'absorption (*Brit. J. of. Dent. Ass.* 15 *janv.* 92). — **Elverfeld**. Empreintes de plâtre (*Mon. d. Ver. deut. Zahn. nov.* 91). — **Faro**. Notes sur quelques cas de pratique (*Brit. J. of. Dent. Sc.* 1er *janv.* 92). — **Gilmer**. Conductivité relative de la chaleur par les matières obturatrices (*Dent. Rev.* 15 *déc.* 91). — **Harlan**. Contre-irritants (*Dent. Rev. nov.* 91). — **Hayward**. Antiseptiques et désinfectants employés en chirurgie dentaire (*Dent. Rec.*). — **Immerwahr**. Le bleu de méthyle comme antinévralgique (*Zahn. Woch.* 14 *nov.* 91). — **Kirby**. Quelques expériences sur les propriétés des amalgames (*Brit. of. Dent. Sc.* 16 *nov.* 91). — **Kirby**. Expériences sur l'amalgame (*Dent. Rec. déc.* 91). — **Kniewel**. Contribution au traitement des dents sans pulpe (*J. f. Zahn.* 13 *déc.* 91). — **Kniewel** Insuccès dans les obturations d'amalgame (*J. f. Zahn.* 17 *janv.* 92). — **Marshall**. L'électricité comme agent thérapeutique contre l'hypérémie et la congestion de la pulpe et de la membrane péridentaire (*Dent. Cosm. nov.* 91). — **Morelli**. Effet et valeur de quelques nouveaux produits dans les maladies du nez, de la bouche et de la gorge (*Zahn. Woch.* 23 *janv.* 92). — **Müller**. Les couronnes, nouvelle méthode pour confectionner des couronnes d'or (*Corr. Bl. f. Zahn oct.* 91). — **Niles**. Métamorphose chimique des fluides de la bouche par rapport à la déco-

loration de l'or (*Inter. Dent. J. déc.* 91). — **Ottofy.** La gutta-percha comme obturant des canaux (*Dent. Rev.* 15 *déc.* 91). — **Ottolengui.** Méthodes d'obturation (*Dent. Cosm. nov.* 91). — **Ottolengui.** Méthodes d'obturations des dents (*Dent. Cosm. déc.* 91 *janv.* 92). — **Palmer.** Vapeur d'éther (*Dent. Rev. nov.* 91). — **Perrin.** Opérations rapides (*Int. Dent. J. déc.* 91). — **Philipps.** Préparation et obturation d'une cavité dans une bicuspide supérieure avec pulpe presque exposée (*Dent. Rev. nov.* 91). — **Practicus.** Essais d'obturations au ciment (*Monat. d. Ver. deut. Zahn. nov.* 91). — **Rathbun** Moyen de prendre des impressions pour les dentiers artificiels (*Dent. Rev. nov.* 91). — **Ritter.** Mort après l'extraction d'une dent (*Deut. med. Zeit.* 46). — **Sewill.** Stérilisation de la dentine cariée (*J. of. Brit. Dent. Sc.* 16 *nov.* 91). — **Silliman.** Dévitalisation et enlèvement de la pulpe (*Dent. Rev. nov.* 91). — **Spriestersbach.** Petites pièces d'étain, d'après Herbst (*Pouls. Ber. nov.* 91). — **Staley.** Emploi et abus de l'amalgame de cuivre (*Dent. Rev. nov.* 91). — **Weiss.** Observations sur l'emploi de la lumière artificielle (*Quart. circ. déc.* 91). — **Wolter.** L'extraction des dents (*Zahn. Ref.* 18 *déc.* 91). — **X.** Les nouveaux progrès sur le terrain de la thérapeutique (*Zahn. Woch.* 2 *janv.* 92). — **X.** Règles fondamentales pour l'obturation des dents avec l'or adhésif (*Mon. d. Ver. deut. Zahn. janv.* 92). — **X.** La stérilisation des instruments dentaires (*Zahn. Woch.* 21 *nov.* 91). — **Y.** Les nouveaux progrès de la thérapeutique (*Zahn. Woch.* 19 *déc.* 91).

ANESTHÉSIE

Brandt. Introduction à l'anesthésie au chloroforme (*Zahn. Woch.* 12 *déc.* 91). — **Combe.** Deux cents opérations de petite chirurgie de la bouche, pratiquées à l'aide de la cocaïne en injections; résultats, mode d'emploi, avantages sur le chloroforme (*Cong. franç. de chir. Proc. verb.*). — **Edgelow.** Le meilleur anesthésique pour la dentisterie (*J. of Brit Dent. Ass.* 15 *déc.* 91). — **Gerster.** Indications pratiques pour les injections de cocaïne (*Rev. trim. suisse d'od. déc.* 91). — **Guttmann.** Effets désagréables du chlorure d'éther (*Corr. Bl. f. Zahn oct.* 91). — **Hollaender.** Le pental comme anesthésique (*J. f. Zahn.* 17 *janv.* 92). — **Hollaender.** Quelques nouvelles indications sur le pental comme anesthésique (*Zahn. Woch.* 23 *janv.* 92). — **Mebes.** Encore le pental (*J. f. Zahn.* 15 *nov.* 91). — **Redard.** Nouvelle méthode d'anesthésie locale par le chlorure d'éthyle (*Cong franç. de chir. proc.-verb.*). — **Schleich.** L'anesthésie à la cocaïne et à l'éther combinés (*Deut. med. Zeit.* 44). — **Thomas.** Le protoxyde d'azote au point de vue pratique (*Dent. Cosm. nov.* 91). — **Wallis.** Le chlorure d'éthyle comme anesthésique (*J. of. Brit. Dent. Ass.* 15 *déc.* 91). — **Wilson.** Les anesthésiques (*Brit. J. of. Dent. Sc. déc.* 91.) — **X.** L'anesthésie en dentisterie (*Zahn. Woch.* 19 *déc.* 91).

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE DES AFFECTIONS DE LA CAVITÉ BUCCALE ET DES MAXILLAIRES

Baudet. Résection du maxillaire supérieur pour sarcome, suivie de l'application d'un appareil prothétique (*Mém. et bull. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux* 1890-91, 343). — **Damain.** Utilité de la pathologie générale dans l'art dentaire (*Rev. odont. nov.* 91). — **Dudon.** Résection du maxillaire inférieur (*Mém. et bull. Soc. méd. et chir. Bordeaux* 1891, 346). — **Garreston.** Douleurs latentes dans les mâchoires et autour d'elles (*Int. Dent.* 7 *janv.* 92). — **Harlan.** Traitement d'une forme d'abcès (*Dent. Rev.* 15 *déc.* 91). — **Heitzmann.** Atrophie sénile du maxillaire supérieur (*Dent. Cosm. janv.* 92). — **Iszlai.** Quel rôle peuvent jouer les dents cariées dans les infections de l'actinomycose? (*Odontoskop, janv.* 92).

Vol. 12. **Paris, Juin 1892** N° 6.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'IMPORTANCE RÉELLE DE LA DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE DE LA CARIE DENTAIRE EN ETHNOGRAPHIE

Par M. le Dr L. Thomas, professeur à l'École dentaire de Paris.

On a remarqué, il y a déjà longtemps, que les habitants de certaines régions ont des dents beaucoup plus belles, beaucoup plus résistantes que ceux d'autres parties d'un même pays, limitrophes des premières. Les nosographes cherchèrent l'explication de ce fait dans l'alimentation, les occupations, la nature du sol, l'état hygrométrique de l'air, ce que l'on appelait autrefois en hygiène les *ingesta* ou les *circumfusa*. Aucune de ces conditions ne rend bien compte de la tendance à la carie; en les réunissant toutes, on n'arrive même pas à une explication satisfaisante.

L'hérédité a été invoquée en dernier ressort; il est probable qu'elle joue dans les déchéances dentaires précoces le même rôle que dans la plupart des dégénérescences physiques et des affections organiques. En admettant que la carie frappe successivement plusieurs générations dans une même famille; en admettant que leurs membres soient atteints plus gravement et plus vite encore si l'hérédité est bilatérale, c'est-à-dire si les ascendants du côté paternel et du côté maternel ont des dents mauvaises, cela n'explique pas pourquoi beaucoup plus de familles ont des caries précoces dans un département que dans le département voisin Il est impossible de songer à la consanguinité et de supposer que tous les édentés descendent d'un même couple. L'hérédité et l'atavisme ne fournissant que des explications contradictoires ou absurdes, on a dû porter ses vues plus haut et plus loin, parler non plus d'une famille pendant un laps de temps d'un demi-siècle ou d'un siècle, mais d'une race et d'époques antérieures à l'histoire.

Plusieurs écoles existent à l'heure actuelle parmi ceux qui se sont occupés de l'importance de la carie dentaire en ethnographie. Les uns admettent que la prédisposition, telle qu'on la retrouve dans une étendue territoriale déterminée, est une affaire de race, qu'elle s'est perpétuée de siècle en siècle malgré les immigrations, les vicissitudes, les modifications du milieu et de l'hygiène. D'autres croient que cette prédisposition est un phénomène secondaire résultant des mélanges du sang qui ont altéré la pureté du type primitif, du changement d'habitudes marquant le passage de la vie sauvage à la vie civilisée. Pour ces derniers la carie ne serait pas une tare de race, mais une maladie de la civilisation; le sauvage a des dents solides qu'il perd dans l'extrême vieillesse; l'homme

civilisé a des dents fragiles qui tomberont prématurément s'il ne les surveille. Nous allons discuter ces conceptions.

I

La prédisposition à la carie dentaire est une affaire de race.

Cette opinion a été surtout professée en France; la plupart des anthropologistes et des dentistes l'ont adoptée. En 1835, Oudet faisait remarquer que la carie dentaire existe à l'état endémique chez les jeunes gens de certaines parties de la Hollande, surtout en Frise [1]; il ne chercha pas à s'expliquer cette particularité. Plus tard, Boudin, se servant des statistiques militaires, montra comment étaient répartis les exemptés pour mauvaises dentures dans l'étendue du territoire français.

« On voit par ce tableau, disait-il, que la perte des dents, considérée comme motif d'exemption du service militaire, est à son minimum dans le Puy-de-Dôme, qu'elle atteint son maximum dans la Dordogne; enfin, que le minimum est au maximum comme 1 à 18. Au point de vue géographique, les minima d'exemptions forment deux groupes, dont l'un est constitué par une grande partie de la Bretagne, l'autre, beaucoup plus considérable, occupe le plateau central de la France et se prolonge, pour ainsi dire, jusqu'à la Méditerranée en suivant les deux rives du Rhône. Les maxima, au contraire, se présentent seulement dans les départements de l'ancienne Normandie, à l'embouchure de la Garonne, de la Dordogne, de la Loire et de la Seine. L'ensemble de ces documents paraît établir que si l'influence du sol est évidente, d'un autre côté il y a lieu aussi *de faire la part de la race* [2] ».

C'était la première fois qu'une pareille hypothèse était formulée. L'auteur, tout en admettant la prédisposition ethnique, n'était pas fixé sur l'importance qu'il convient de lui accorder.

Dix ans plus tard, M. Magitot terminait une étude entreprise avec les mêmes matériaux, c'est-à-dire avec la statistique des réformes pour mauvaises dents, par des conclusions beaucoup plus affirmatives :

1° Les altérations dentaires, et plus spécialement la carie, lorsqu'elles affectent un ensemble d'individus d'une même région géographique ne sauraient être attribuées à aucune des causes généralement invoquées, conditions diverses du milieu, du sol, d'alimentation, etc.;

2° *Elles sont dues à l'hérédité généralisée, de manière à constituer un caractère de race* [3].

1. *Dict. de médecine* en 30 vol., p. 166, t. X, 1835.
2. Boudin, *Traité de géographie et de statistique médicale*, t. II, p. 431, Paris, 1857.
3. *Recherches ethnologiques et statistiques sur le système dentaire*, 2e série, t. II, p. 70-100, 1867.

L'auteur était tellement convaincu de l'exactitude de cette doctrine qu'il considérait la prédisposition à la carie comme un élément désormais acquis de différenciation anthropologique. « Nous nous croyons autorisé par l'ensemble des faits que nous avons rapportés à ajouter aux caractères très définis qui séparent les deux groupes anthropologiques occupant le sol français un caractère nouveau, celui de la perfection ou de la défectuosité primitive de l'organisation dentaire, de sorte que ces deux races pourraient se caractériser par les éléments suivants :

« La première, à individus petits, trapus, à cheveux et yeux bruns, à crâne court ou brachycéphales, *serait douée d'une dentition robuste et résistante*, se composerait des Galls ou Celtes ; la seconde, à individus grands élancés, à cheveux blonds, à yeux clairs, à crâne long ou dolichocéphales, *se distinguerait par une dentition faible et défectueuse* et répondrait à la race d'individus belges ou kimris. »

Ces idées ont paru jusqu'à un certain point confirmées par différentes recherches locales ultérieures. M. Vincent, par exemple, a fait remarquer que dans le département de la Creuse, où les blonds sont peu communs, la carie est chez eux relativemant plus fréquente que chez les bruns[1].

M. Lagneau, qui s'est servi des tableaux de M. Magitot, qui est disposé à admettre ses idées, formule cependant une réserve, rappelant celle de Boudin.

« Malgré les notables différences, il faut reconnaître que les conditions ethniques ne sont pas les seules à avoir de l'influence sur la fréquence relative de la carie dentaire. Ainsi que l'a fait remarquer M. d'Omalius d'Hallay, en Alsace, les habitants, quoique la plupart d'origine germanique, présentent peu de caries dentaires : 104 exemptés seulement dans le département du Haut-Rhin. Toutefois, il est bon d'observer que ces Germains d'Alsace descendent pour la plupart des Tribocces et paraissent se rattacher aux Germains du Sud-ouest brachycéphales et non pas aux Germains du Nord, dolichocéphales comme les Franks mérovingiens [2]».

Dans un mémoire présenté au Congrès dentaire international tenu à Paris en 1889, M. Dubois a admis intégralement les doctrines de M. Magitot. Pour lui, comme pour le premier, la France actuelle comprendrait surtout deux groupes ethniques, réunis par une langue et des traditions communes : le groupe kimrique, qui a de mauvaises dents, et le groupe celte qui en a de bonnes. On doit compter, seulement pour mémoire, les Celtibéro-ligures du Midi, population mêlée dont il est difficile de fixer les véritables caractères anthropologiques.

M. Dubois a suivi la même méthode que MM. Boudin, Lagneau et Magitot ; ses tableaux présentent un vif intérêt parce qu'ils vont jusqu'à une époque récente, dans laquelle le contingent militaire annuel était beaucoup plus élevé qu'il ne l'était auparavant, de sorte que les

1. *Étude anthropologique sur le département de la Creuse. Bulletin de la Société des sciences naturelles et archéologiques de la Creuse*, t. IV, p. 21, Guéret, 1865.

2. *France, anthropologie* ; *Dict. encyclop.*, IVe série, t. V, p. 87.

proportions ont été calculées sur un nombre de cas plus fort que celui dont s'étaient servis les auteurs précédents [1].

Les anthropologistes sont dans leur rôle lorsqu'ils s'efforcent de soulever un coin du voile qui recouvre les premiers temps de l'histoire. Ajouter à des textes, sur lesquels les commentateurs ont pâli sans fixer l'opinion, des renseignements basés sur l'anatomie et la pathologie comparées des groupes humains, c'est faire œuvre méritoire. Il y a un danger pourtant dans ces études, l'induction hâtive. On est toujours tenté de mépriser les lenteurs d'une critique terre à terre, de laisser l'imagination agir, de nous montrer l'image pittoresque d'une époque dont nous ne savions rien.

Afin de nous former une opinion sur la valeur des données que nous avons indiquées, nous allons chercher : 1° celle de la méthode employée pour les acquérir ; 2° voir jusqu'à quel point elles concordent avec les données de l'histoire.

A. — *Valeur de la méthode employée pour déterminer l'importance de la carie dentaire en ethnographie.*

Pour affirmer, à l'aide de données statistiques, qu'une dégénérescence est une affaire de race, il faudrait : 1° pouvoir affirmer que les individus soumis à la recherche appartiennent à une race déterminée;

2° Faire porter cette recherche sur un nombre suffisant de sujets des deux sexes et des différents âges entre les limites dans lesquelles il est possible de parler de dégénérescence;

3° Apprécier cette dégénérescence d'après des caractères constants, de telle sorte qu'on fût bien certain que tous ceux qui l'ont mentionnée ont vu les mêmes accidents.

Nous allons examiner chacun de ces points :

1° Il existe des lacunes énormes dans nos connaissances sur l'ethnographie de la France, nous ne faisons que les signaler ici, nous y reviendrons à propos de la critique historique;

2° Les recherches de MM. Boudin, Magitot et Dubois ont porté sur les tableaux d'incorporation dans l'armée ; leurs statistiques concernent exclusivement des individus du sexe masculin arrivés à la vingtième année. Pour conclure de ces statistiques à la race entière, on est obligé d'admettre que la proportion des caries est exactement la même dans le sexe féminin, qu'elle resterait la même si on reculait de 20 à 30 ans l'époque à laquelle les examens ont été faits. Les altérations dentaires existant chez un homme de trente ans constituent de véritables déchéances prématurées qui obligeraient à le réformer s'il passait une révision. On peut adresser de ce chef un reproche sérieux à la méthode employée : celui de considérer comme résolues dans un sens affirmatif deux questions qui n'ont pas été posées.

J'en ajouterai un second de même ordre. Les premières statistiques ont été dressées à une époque pendant laquelle une partie seule-

1. *Les Dents de Français*, étude de géographie et de statistique médicale. Compte-rendu du premier congrès dentaire international, Paris, 1891.

ment du contingent était examinée. M. Dubois lui-même n'a pas évité cette cause d'erreur ; ses chiffres vont de 1850 à 1886 ; les résultats sont donnés en bloc. Il aurait fallu les diviser en deux chapitres qu'on aurait comparés après coup; le premier aurait compris les années pendant lesquelles le recrutement était effectué d'après la loi de 1833 (*une partie seulement des jeunes gens inscrits sur les listes du tirage au sort étaient examinés*) ; le second aurait été réservé aux années dans lesquelles le recrutement a été effectué d'après la loi de 1872 *(tous les jeunes gens inscrits sur les listes du tirage au sort étaient examinés).*

Avec la loi de 1833 le chiffre du contingent annuel était adopté à l'avance; puis, lorsque le recensement général de la classe était fait, on indiquait aux conseils de révision le nombre des conscrits à prendre dans chaque canton. Supposons que la totalité des inscrits fût de 300.000, la quotité du contingent nécessaire de 100.000; la proportion de militaires à fournir pour un canton comptant 100 conscrits est indiquée par le calcul suivant :

$$\frac{100.000 \times 100}{300.000} = 33{,}3, \text{ par excès } 34.$$

Si, déduction faite des indisponibles, des dispensés, des réformés pour cause physique, on avait 34 individus reconnus aptes au service lorsqu'on atteignait le numéro 70, les autres numéros étaient déclarés bons et on cessait la révision. Le coefficient de réformes pour carie dentaire, qui auraitdû être $\frac{n.}{100}$, n'était en réalitéque de $\frac{n.}{70}$ Un pareil procédé de numération pouvait modifier notablement les porportions données.

Dans le canton de Vimoutiers (Orne), par exemple, à la révision de 1867, il y avait 74 inscrits. Le dernier examiné avait le numéro 63. En admettant que le nombre total des conscrits dans tout le département de l'Orne ait été, ce qu'il fut quelques années plus tard, de 3.049, et que la proportion des réformes ait été la même dans tous les cantons — ces deux hypothèses s'éloignent peu de la vérité — nous trouverons que, dans un département français, en une seule année, sur les 3.049 jeunes gens du contingent annuel, 453 n'ont pas été examinés; c'est une proportion de près de 15 0/0.

Prenons une autre comparaison numérique et supposons que dans un canton du département de Seine-et-Oise il y ait eu, sur 100 conscrits de la classe de 1867, 8 individus susceptibles d'être réformés pour mauvaises dents et que ces 8 individus aient été répartis de la manière suivante, d'après les numéros du tirage au sort:

De 1 à 50............................	4
De 50 à 70............................	1
Au-dessus de 70.......................	3

Le dernier numéro pris pour le service a été le numéro 69. La proportion apparente des exemptés, pour mauvaise denture, a été $\frac{5}{100} = \frac{1}{20}$.

Supposons que dans un canton voisin du département de Seine-et-

Marne ayant eu 100 conscrits pour la même classe de 1867, 8 lésions dentaires susceptibles de constituer des cas de réformes aient été réparties de la façon suivante, d'après les numéros :

De 1 à 50	3
De 50 à 70	1
Au-dessus de 70	4

Le dernier numéro pris ayant été 69, la proportion apparente des exemptés pour mauvaise denture est $\frac{4}{100} = \frac{1}{25}$.

De telle sorte que parmi des jeunes gens de même âge, appartenant à des cantons de même population, placés dans les mêmes conditions topographiques, il y aurait une différence de 1 0/0 entre le département de Seine-et-Oise et celui de Seine-et-Marne. Sur des chiffres aussi faibles que ceux que nous avons pris, cette différence serait considérable et permettrait de parler des origines ethniques différentes. En réalité, elle n'est qu'apparente, car quand on compare le nombre de jeunes gens de 20 ans, à mauvaises dents, au nombre total de jeunes gens du même âge dans les deux cantons, nous avons comme coefficient pour l'un et l'autre $\frac{8}{100}$.

Voilà donc une première cause d'erreur ; il y en a une autre aussi sérieuse. La nomenclature des cas de réforme comprend des malformations, indique des états morbides précis :

Défaut de taille.
Pied plat.
Varicocèle.
Tuberculose pulmonaire.
Myopie, etc.. etc.

La mauvaise denture est moins bien définie. On ne dit nulle part : pour qu'elle soit établie, il faut tant d'anomalies de direction, de forme ou de situation, tant d'absences, tant de caries du 4e degré avec ou sans fistules. L'indication de cette cause de réforme laissait une grande marge à l'appréciation des Conseils de révisions et leurs jugements n'étaient certainement pas identiques dans les cantons à jeunes gens robustes, presque tous bons pour le service et dans les districts malsains ou manufacturiers, dans lesquels on avait souvent beaucoup de peine à atteindre le chiffre réglementaire.

Lorsque l'examiné présente une des causes d'exemption indiquées plus haut, l'état des dents est-il mentionné ? Un jeune homme passe sous la toise, on lit : 1m50 ; croit-on que le médecin fera ouvrir la bouche et dictera le libellé suivant : Défaut de taille absence de molaires, incisives ou canines et caries pénétrantes, (mauvaise denture)? On inscrira une seule cause, si elle est suffisante, pour motiver la réforme. Croit-on que parmi les réformés pas un n'ait de mauvaises dents? Peut-on affirmer que la proportion des déchéances dentaires parmi eux soit la même dans tous les départements? Peut-on affirmer que, si les corrections indispensables étaient faites, la proportion générale ne serait pas changée? On ne peut affirmer rien de tout cela. Malgré l'importance de cette objection, je veux bien

n'en pas tenir compte et admettre qu'on fixe la fréquence relative des *déchéances dentaires précoces* dans une région donnée en établissant le rapport entre le nombre total des jeunes gens qui tirent au sort et celui de ceux qui sont réformés pour mauvaise denture.

J'admets provisoirement qu'une forte proportion de déchéances précoces correspond à une prédisposition ethnique ; mais pour qu'aucun doute ne reste sur la valeur scientifique des résultats obtenus, je suis obligé de poser encore une question préjudicielle :

Peut-on raisonner d'après une proportion dont un des termes est dans tous les cas de 15 0/0 *trop faible?*

Il suffit d'énoncer cette question pour que tout le monde donne la réponse. Elle diminue singulièrement la valeur des études faites jusqu'à ce jour sur l'importance anthropologique de la carie dentaire, car elle oblige à considérer comme non avenues :

1° La statistique de Boudin qui va de 1830 à 1839;
2° La statistique de M. Chervin qui va de 1851 à 1869;
3° La statistique de M. Dubois qui va de 1850 à 1885.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Présidence de M. Gillard, président.

Séance du mardi 3 *mai* 1892

La séance est ouverte à 9 heures.

M. Francis Jean, secrétaire général, donne lecture du procès-verbal, qui est adopté sans observation.

M. Gillard. — Notre réunion, dont l'ordre du jour était assez chargé, va se trouver écourtée par suite de la correspondance que je reçois ici : des lettres d'excuses de MM. Gravollet, Barrié et Loup, qui, pour des motifs divers, ne sont pas en état de nous faire ce soir les communications annoncées.

I. — Présentation d'une série d'instruments a nettoyer, par M. Paulme

M. Paulme. — C'est une série d'instruments faits par M.Nicoud sur mes indications : ce sont des rugines en forme de cuillère, pouvant atteindre à peu près toutes les parties et présentant ceci de remarquable que la pointe est avec la courbe dans l'axe du manche. Pour vous permettre de les essayer, M. Nicoud fait cadeau de la série à la clinique de l'Ecole.

DISCUSSION

M. Francis Jean. — Ce que je trouve avantageux dans la forme en cuillère, c'est la facilité du repassage : mais la forme en cuillère n'est pas très marquée.

II. — Appareil de contention pour fractures du maxillaire inférieur, par M. Martinier

M. Gillard. — Le malade devait se trouver ici ce soir pour vous

être présenté, mais la lettre que M. Martinier lui a adressée à cet effet est revenue.

M. Martinier donne lecture de sa communication (insérée aux *Travaux originaux*, n° de mai) et présente le moulage.

M. Francis Jean. — J'ai vu le malade à la clinique et j'ai constaté un succès absolu et très rapide.

M. Gillard. — L'appareil présenté est un appareil Martin incomplet, car M. Martin fait une deuxième coiffe avec un ressort qui sort entre les lèvres maintenant ce moyen de fixation est-il bien facile à pratiquer dans la bouche?

M. Martinier. — On peut employer des pointes ou des vis.

M. Gillard. — Je trouve préférable d'employer la ligature.

M. Martinier. — Alors on est obligé de faire beaucoup de ligatures.

M. Gillard. — Le résultat obtenu est très heureux car la fracture était compliquée ; j'ai vu le malade avant le traitement.

III. — Nouvelle lampe a souder, par M. Rozenbaum

M. Rozenbaum. — La présentation de cet appareil sera mieux faite par l'ingénieur qui l'a construit, M. Masson, qui veut bien nous fournir les explications nécessaires.

M. Masson fait la description de la lampe (insérée aux *Inventions et perfectionnements*) et la fait fonctionner.

DISCUSSION

M. Brodhurst. — Cette flamme est trop forte pour certains de nos travaux.

M. Masson. — Vous n'aurez jamais de petites flammes avec la lampe telle qu'elle est actuellement, à moins d'y apporter une petite transformation que j'étudie en ce moment, alors l'appareil servirait à deux fins.

M. Deschaux. — Le fond est soudé à l'étain, je doute qu'il résiste à 20 kilogrammètres, avec un fond plat.

M. Masson. — Il le peut, car le fond est embouti et le joint est obtenu par une coulée d'étain ; ce n'est pas précisément une soudure ; la partie supérieure de la lampe est soudée au paillon d'argent.

Un membre. — Ne pourrait-on pas diminuer un peu la chaleur, vers la clef? Celle-ci est fortement chauffée et on risque de se brûler les doigts.

M. Masson. — Une extrémité de la clef est toujours en bas et conséquemment n'est pas exposée à la chaleur, or c'est précisément celle qu'on prend.

M. Gillard. — Cette petite question d'échauffement est insignifiante, car précisément la lampe présente l'avantage de donner une flamme non oxydante, car elle est toujours bleue. Maintenant la nécessité de l'emploi des deux mains pour régler l'appareil présente un inconvénient ; il faudrait qu'une main fût libre.

M. Touchard. — Ce n'est pas un obstacle sérieux que de poser la lampe pour la régler, car il est bien difficile de la régler et de la tenir d'une seule main. La grosse question, c'est la modification du jet à volonté et de pouvoir obtenir une flamme en filet.

M. Gillard. — L'appareil avec cette modification nous serait fort utile.

IV. — Appareil de prothèse immédiate, par M. Gillard

M. Gillard. — Je vous demande la permission de vous faire une petite présentation que je ne comptais pas faire ce soir sur la prothèse immédiate (voir *Travaux originaux*).

DISCUSSION

M. Deschaux. — Le projectile est-il sorti ?

M. Gillard. — Oui et le malade ouvre la bouche.

M. Brodhurst. — Le caoutchouc ne peut-il pas provoquer d'inflammations ?

M. Gillard. — Ce n'est pas à craindre en employant le caoutchouc noir.

M. Francis Jean. — La description et l'application de cet appareil sont certainement très intéressantes mais des renseignements sur la tolérance ne le seraient pas moins.

M. Roy. — Votre appareil définitif sera-t-il suffisamment stable ?

M. Gillard. — Dans l'appareil définitif je mettrai des ressorts, peut-être de différentes forces à cause de l'inégalité des muscles.

M. Francis Jean. — L'ouverture de la bouche est-elle réduite?

M. Gillard. — Non.

La séance est levée à 10 heures.

Le secrétaire général,
Francis Jean.

DÉMONSTRATIONS DE M. LE Dr HERBST, DE BRÊME

Séance extraordinaire du dimanche 8 mai 1892.

M. le Dr Herbst, de Brême, fait diverses démonstrations, les accompagne d'explications et présente une série de moulages, de matières, de substances et d'instruments qui lui servent dans l'application de ses procédés.

I. — Instrument pour polir les obturations

On coupe un bâtonnet de caoutchouc rouge durci, environ un centimètre, que l'on monte sur un mandrin s'adaptant au tour et, au moyen du papier de verre, on dresse ses bords qui, mouillés et saupoudrés de pierre ponce, servent à polir.

II. — Travail de l'étain

1° *Dent à pivot.* — M. Herbst présente un pivot garni d'un épaulement, qui se place derrière la racine pour donner plus de solidité; on prépare le canal, puis le tout est pris dans une masse d'étain, le pivot se trouvant entre les deux crampons de la dent. En une heure la dent est préparée et mise en place. Il verse d'abord un peu d'eau azotée pour faire fondre l'étain, puis il emploie le fer à souder et il fait couler; avec l'amadou il presse sur le tout pour chasser

l'excès d'étain et faire couler celui ci régulièrement. Le pivot est alors prêt et s'ajuste parfaitement, la dent et le pivot collés, puis le talon fait avec la cire ont été mis en plâtre; c'est après fusion de la cire que l'étain est foulé. Au moyen d'un couteau il enlève les bavures de l'étain et l'ajustage est parfait; mais la pièce noircit un peu dans la bouche.

M. Herbst emploie ces pivots depuis 5 ou 6 ans, toujours avec le plus grand succès et peut, par suite les recommander; il se sert indistinctement de dents américaines ou anglaises et recourt aux pivots à rainure pour avoir plus de résistance. Tous les ciments conviennent pour le scellement. Comme les petites molaires ont souvent deux canaux, il emploie les pivots à 2 branches et se sert, pour cela d'un fil de platine auquel il donne la forme d'un U renversé. On doit imprégner la fraise d'iodoforme pour les canaux. Avec le marteau on aplatit l'autre bout qui doit passer sur la racine, puis on meule la dent. Toute l'opération se fait dans la bouche du patient.

On fait la couronne en cire, on met le tout dans le plâtre pour couler l'étain, mais il faut veiller à ce que l'étain ne soit pas trop chaud.

M. Herbst a obtenu de grands succès avec cette manière de procéder et il a remarqué très rarement des périostites par la suite. Quand il survient un défaut dans ce travail, on peut le corriger avec l'amalgame, qui s'allie bien avec l'étain. L'étain est un métal excellent pour ce genre d'opération quand il est pur.

2° *Pièces en étain.* — Ce métal convient bien pour faire des pièces, il se conserve comme l'or, est très solide et n'a aucun goût. La pièce est façonnée en cire, les dents et crochets sont ajustés comme pour le caoutchouc, et elle mise en plâtre. Le plâtre doit être excessivement sec, surtout quand ces travaux ont une certaine importance. On plante un morceau de fil de fer à deux endroits dans la cire, puis on les enlève pour que l'air circule. Il est très rare qu'une dent se casse; à chaque point faible, pour conserver la solidité, on met un fil d'or au milieu. L'étain est fondu au fer et foulé avec l'amadou.

III. — Obturation a l'émail blanc avec du verre pilé

M. Herbst emploie depuis 7 ans les obturations de verre; tout d'abord il se servait de verre de globes de lampe, de petits flacons à iodoforme et il en employait les poudres séparément en premier lieu, puis plus tard mélangées. Comme il n'était pas très satisfait des résultats obtenus, il chercha un perfectionnement et essaya des perles de Venise, puis de l'émail de cadrans de montre; mais les perles de Venise deviennent noires et rugueuses dans la bouche. Il dut donc les abandonner et il revint aux morceaux de verre de globes de lampe et de flacons.

A Paris, grâce à la présence des fabriques d'yeux de verre artificiels, où on obtient toutes les couleurs possibles, on dispose d'excellents matériaux. Lui, avec les verres susdits, n'obtient que deux nuances et il lui en manque une.

Les obturations de verre comportent une manipulation délicate.

Autrefois il prenait l'empreinte à la cire ; actuellement il emploie des feuilles d'or n° 60 qu'il estampe dans la cavité à l'aide d'un corps mou pour se procurer une matière dans laquelle il fond son émail. On peut faire toute l'obturation pendant que le patient est dans le fauteuil. La cavité est préparée sans rainure (les parois sont parallèles), on prend du coton, du caoutchouc et on fait entrer l'or — qu'on pourrait remplacer par du platine — dans la cavité.

Le verre doit être bien propre.

Si la dent naturelle présente des taches jaunes, M. Herbst en met sur le morceau d'émail qu'il doit faire. Pour enlever l'excédent d'eau, il se sert d'amadou ou de papier buvard. La lampe doit contenir de l'alcool complétement pur, car, si l'on fond avec de l'alcool du commerce, il survient un noircissement, et la flamme doit être très douce.

Il confectionne une première couche, il laisse refroidir, pour qu'il n'y ait pas de cassure, remet une autre couche, puis il enlève l'eau comme précédemment. Si c'est trop jaune par comparaison avec les dents du patient, il ajoute un peu de blanc ou inversement. Pour obtenir une surface bien lisse, il faut que le morceau d'or soit directement chauffé. Pour fixer le morceau de verre, il faut des rainures en dessous, puis du ciment un peu clair.

Le succès dépend de la bonne préparation du ciment.

M. Herbst recommence l'opération avec un morceau d'or n° 60 et un morceau de caoutchouc pour bien faire entrer l'or dans la cavité ; alors, sur la face postérieure du morceau d'émail, il pratique des rainures et même des queues d'aronde. Pour obtenir une face rugueuse, on met de petits grains de sable sur le fond de la matière d'or.

IV. — Email pour gencive artificielle

Il y a bien des années M. Herbst a décrit un moyen de faire de la gencive artificielle. Il emploie de petits morceaux de verre rouge qu'il étale avec un petit pinceau sur la dent, il met dans un petit dé ordinaire en acier pour que la flamme ne touche pas directement et il fait fondre avec le chalumeau ordinaire. Cet émail noircit souvent à la vulcanisation, il enlève alors les taches noires avec de l'acide chlorhydrique.

V. — Recouvrement a l'or des obturations au ciment

Il emploie depuis 10 ou 15 ans des plaquettes d'or à la face inférieure desquelles il soude des débris de ressorts; il les applique sur le ciment encore mou. Ce moyen est surtout facile quand les cavités sont rondes. Ce plaquage protège le ciment et augmente sa durée.

VI. — Couronnes en or

M. Herbst a plusieurs procédés pour les fabriquer.

Il prend une couronne naturelle, met un morceau de papier autour, coule dedans un métal composé de bismuth, d'étain et de cadmium, qui fond si facilement qu'on peut le réduire en fusion dans une cuillère a 50° Réaumur. Il se sert toujours de dents naturelles, pour faire le moule. La 2e portion du moule est coulée avec le même métal sur la première entourée d'une bande de papier et légèrement

savonnée — la face triturante est estampée à part sur un modèle en métal; la contre-partie est remplacée par un simple morceau de bois sur lequel on frappe ou on presse. — Le Dr Herbst préfère toujours la pression et la percussion.

Il décrit ensuite une méthode plus facile.

Au lieu de prendre le contour radiculaire avec un fil de fer, il a des calibres gradués, des anneaux tout confectionnés (ils le sont depuis un mois) qui portent inscrite la longueur exacte de leur circonférence, ce qui donne de suite la longueur exacte du morceau d'or à tailler. Le travail se fait à côté du patient, qui est dans le fauteuil. On tient l'anneau d'or, on le chauffe, on l'essaye — peu importe que l'or provienne d'une pièce de monnaie quelconque — on place dedans un petit morceau de soudure et on chauffe de nouveau; l'anneau ainsi obtenu doit parfaitement s'ajuster, d'ailleurs, avec la meule, on l'ajuste autour de la gencive. On fait dérocher l'anneau dans l'acide avant de continuer. On remplit l'anneau de cire ou de godiva, on fait mordre pour avoir l'articulation, puis on met sur un petit articulateur partiel; alors on enlève la face triturante, qu'on dépose sur du verre, ensuite on coule du plâtre. On entoure le moule d'un morceau de papier, ce qui donne un moulage de métal, c'est-à-dire une sorte d'estampe et de contre-estampe, et l'ajustage est parfait.

Ce procédé est celui que le Dr Herbst emploie le plus souvent.

VII. — Travail a pont

M. Herbst présente ensuite un travail à pont fixé au ciment, au moyen de crampons soudés à l'or de la couronne.

Comme l'emploi des coiffes d'or est peu pratique et douloureux lorsque la dent de support est sensible, il prend un anneau et le fixe avec la gutta-percha, il pratique de petits trous pour maintenir sur la dent. C'est sur cette gaîne que glisse alors la coiffe.

Il indique ensuite un moyen de faire *le travail à pont avec la face labiale et triturante seules en or estampé, le reste en étain*, beaucoup plus rapide que l'appareil en caoutchouc. Il prend l'empreinte de la bouche, il monte la plaque en cire, met en plâtre et coule le métal qu'il presse toujours avec l'amadou.

M. Herbst a toujours fait ses essais dans sa propre bouche pour s'assurer de leur valeur.

Cette fois, il prend l'empreinte de son maxillaire droit, il plonge le godiva dans l'eau ce qui le rend assez dur, il fait une seconde feuille de godiva assez mince, la chauffe, sèche la première empreinte, un côté demeure dur, il chauffe la partie où l'empreinte doit être plus exacte, remet dans la bouche, refroidit de nouveau et obtient une empreinte magnifique.

Séance du lundi 9 *mai.*

I. — Aurification par la méthode rotative

M. le Dr Herbst procède à l'aurification de la grande et de la pe-

tite incisive sur un sujet d'environ 22 ans, puis successivement à celle de la canine et de la première petite molaire côté gauche.

Il met toujours une lame d'acier qu'il maintient pliée avec le doigt entre les deux dents afin de les écarter, quand même il n'y a qu'une cavité, car il évite ainsi de toucher l'autre dent; il ne sépare jamais ni avec le séparateur ni avec le caoutchouc. Quand il y a deux cavités interstitielles, il a recours à la fraise et alors il obtient une ouverture plus large; il estime que l'opération se pratique mieux ainsi et que l'or se voit moins Les cavités de la face distale sont les plus difficiles, celles de la face médiane sont bien plus faciles.

Pour porter et introduire l'or, il se sert d'une aiguille à coudre cassée au milieu; l'or employé est excessivement mou et la feuille n° 4 est pliée en 4, cet or provient de l'établissement du Dr Herbst (car il a des batteurs d'or attachés à sa maison). La première couche est la plus difficile à introduire. Afin de s'assurer de la condensation complète de l'or, il emploie un explorateur, c'est-à-dire un instrument très pointu, passant où les autres ne peuvent passer. Lorsqu'il y a une courbe, il use d'un instrument spécial. Cet or est extrêmement cohésif et, s'il reste longtemps dans la boîte, il perd de sa cohésivité; alors on le chauffe légèrement pour la lui rendre. Pour comprimer davantage, brunir la surface et meuler en même temps, il se sert d'une roue d'agate.

Dans les petites cavités il emploie de l'or en feuilles; dans les grandes, des cylindres pour les premières couches, et il finit avec des feuilles n° 60. Pour les très petites cavités il se sert de fouloirs très petits et, pour celles qui sont plus grandes, de fouloirs en rapport avec leur dimension. Souvent il emploie des feuilles d'or roulées avec des feuilles d'étain. L'obturation d'or et d'étain associés devient très dure avec le temps, en raison de l'oxydation, mais elle noircit un peu.

La combinaison des feuilles d'étain et d'or, qu'on superpose, se fait au moyen du couteau: on roule les deux extrémités, on tord avec les doigts et on coupe en morceaux avec des ciseaux. Avec la méthode Herbst on peut faire une obturation en 3 ou 4 minutes.

Pour maintenir la digue il emploie une aiguille recourbée au gros bout qui tend la digue, la pointe est appliquée au milieu du collet de la dent.

Quand il y a une carie postérieure des incisives centrales, il faut faire avec la gomme laque une paroi artificielle, qu'on laisse dépasser sur le bord libre pour servir de maintien, on coupe ensuite la partie de gomme laque qui est entrée dans la cavité; cela se fait avant le nettoyage de la cavité qu'on prépare ensuite. Contre la gomme laque il applique une couche d'étain et termine de la manière ordinaire. Lorsqu'il obture à la main, il n'y a pas adhérence parfaite, mais elle se produit ensuite dans la bouche par suite d'une action chimique.

M. Herbst n'avait pas encore imaginé les matrices qu'il emploie maintenant quand M. Heidé a été envoyé, il y a 6 ans, auprès de lui comme délégué de l'Ecole dentaire de Paris; c'est une heureuse in-

vention qu'il laissera avec plaisir au musée de l'Ecole en partant. Ces matrices se confectionnent en un clin d'œil : on prend des bandes d'acier, on les passe à la flamme, on les plie en deux et elles forment ressort. Dans l'extrémité repliée de cette matrice il fait couler un peu d'étain, enfonce une épingle, dont l'extrémité conique ou aplatie fait coin entre les deux lames, et écarte les dents.

Il ne pratique pas ce qu'on appelle *des points de rétention.* Pour condenser l'étain, il emploie toujours des instruments en acier. Il obture les cavités du haut en regardant dans le miroir à bouche, de sorte qu'il n'a pas besoin de se courber, il ne renverse jamais le fauteuil et travaille toujours debout.

Dans les petites cavités il place un peu d'étain sans condenser, il condense ensuite avec une couche d'or; dans les grandes il place une couche d'or. Dans les cavités proximales d'accès facile il obture les deux cavités à la fois.

Il tient ses instruments très propres, opère presque toujours avec des fouloirs droits, se sert rarement de celui à angle droit et, quand il s'agit d'une cavité postérieure, il l'élargit un peu en avant. Il exerce une pression très grande et recourt à l'explorateur, pour voir s'il y a des défectuosités. Plus les cavités sont grandes, plus l'opération est facile pour M. Herbst; c'est le contraire de ce qui a lieu d'ordinaire. Des cavités comme celle du patient qui est sur le fauteuil s'obturent en une heure.

Parvenu environ aux 3/4 de l'aurification et pour assurer un bon maintient des morceaux déjà condensés il fait une couche de petites feuilles et condense le tout; à la fin il se sert du n° 60.

Pour remplir d'étain la chambre pulpaire, le Dr Herbst enlève la pulpe et, sans avoir l'ennui de chercher les nerfs, il obtient des résultats excellents, tout en empêchant la septicémie. L'or en feuilles qu'il emploie est d'abord du n° 4 en 4 feuilles *superposées*, puis il passe au n° 60.

II. — Traitement de la pulpe

Le Dr Herbst a fait plusieurs inventions et imaginé plusieurs procédés, mais ce qu'il a conçu de plus remarquable, dit-il, c'est le traitement de la chambre pulpaire sans enlever les nerfs.

Quand il se produit une pulpite, il applique du cobalt, couvre avec de la gutta-percha, qu'il enlève le lendemain avec de l'eau chaude, il laisse la pulpe se ramollir et procède à l'extirpation.

Pour nettoyer la chambre pulpaire, il lave constamment avec de l'eau phéniquée à 5 0/0 dans laquelle il trempe sa fraise ; il ne s'occupe pas des canaux. Le traitement est autre quand la pulpe est en décomposition.

Il prend des feulles d'étain pur n° 4, les coupe en deux, les roule dans la longueur et, quand il reste de la sensibilité dans la pulpe, il trempe l'étain dans le cobalt. La grosse question, c'est l'occlusion parfaite, mais peu importe l'humidité.

Avec ce procédé point d'odeur et jamais de périostite et, en examinant les canaux 3 ou 4 ans après, on trouve que les nerfs sont résor

bés. Il pratique ce système depuis 8 ans, et depuis, le nombre des extractions a beaucoup diminué dans sa clientèle.

Quand il y a périostite et s'il désire soigner les canaux, il enlève l'étain ; on peut obturer la cavité ensuite avec toute matière obturatrice. S'il se sert d'amalgame, il met une légère couche de cire sur l'étain pour l'isoler.

Des coupes microscopiques de pulpes ainsi traitées, faites et examinées en Amérique, n'ont pas révélé trace de décomposition, et c'est certainement là le traitement de l'avenir.

Le Dr Herbst écrit d'ailleurs en collaboration en ce moment un ouvrage très complet dans lequel seront exposées toutes ses inventions.

Pour en revenir à l'aurification, il faut toujours s'assurer si l'or est aussi condensé qu'il en a l'air. On peut toujours mettre de gros cylindres dans la profondeur de la cavité. Dans la pratique il ne pousse pas le pliage de l'or jusqu'à 128, mais seulement jusqu'à 60. Il y a d'ailleurs une grande facilité pour faire ces opérations, grâce à l'or qui est très mou et qui devient très dur une fois condensé.

La propreté doit être absolue et toutes les fois qu'un instrument touche la dent il faut le faire passer sur le papier *d'émeri*.

M. le Dr Herbst termine en remerciant de l'aimable accueil qui lui est fait. Il est heureux de voir un auditoire aussi nombreux et aussi attentif à ses démonstrations. Il ajoute qu'il est à la disposition de l'Ecole, qu'il serait content de voir encore chez lui un de ses délégués à qui il exposerait plus longuement ses procédés et qu'il ne laisserait pas revenir sans le charger de nombreux spécimens pour le musée. *(Applaudissements.)*

M. le Directeur-adjoint réplique par quelques mots, remercie, au nom de la Société et de l'Ecole, le Dr Herbst d'avoir bien voulu accepter l'invitation que lui avait adressée le Conseil de direction. Tous lui savent grand gré d'avoir montré que, pour lui, la science et l'art n'ont pas de frontière, et du désintéressement avec lequel il veut bien aussi aimablement faire profiter tous ses collègues de ses ingénieuses inventions. Il croit ne pas devoir lui dire adieu, mais au revoir.

M. le Directeur ajoute qu'il ne saurait quitter l'assistance sans remercier également M. le Dr Cludius, de Grenoble, qui a bien voulu user de sa gracieuse influence près du Dr Herbst, dont il est l'ami intime, pour l'amener à l'Ecole dentaire de Paris.

REVUE DE L'ÉTRANGER

REMARQUES SUR L'EMPLOI DE LA LUMIÈRE ARTIFICIELLE

Par M. Henri Weiss.

Un changement de domicile m'obligea à rajuster mes lampes qui sont destinées à fournir une lumière suffisante pour les opérations dans la bouche sans gêner la vue ; or l'expérience m'a prouvé que les

systèmes employés peuvent à la longue affecter sérieusement celle-ci. Comme je n'avais plus le gaz je fus obligé de recourir au pétrole qui ne me donnait pas de clarté suffisante. Après avoir modifié les positions, l'idée me vint que mon insuccès provenait plutôt d'un excès de lumière. La manière dont l'œil s'accommode d'un minimum de lumière forma la base de mes essais. Quand, dans une pièce, on éteint la lumière subitement, on se trouve dans l'obscurité ; mais si la pièce reçoit une clarté moindre d'une autre source, les objets, d'abord indistincts, s'aperçoivent peu à peu avec plus de précision et plus on les fixe longtemps, plus ils apparaissent clairement.

Je commençai donc par cacher les flammes avec des abat-jour épais en carton de carte à jouer de manière à ne pas les apercevoir. J'avais une lampe pour la tablette, une autre pour le cabinet et celles qui éclairaient celui-ci étaient soigneusement garnies d'abat-jour, de manière à n'éclairer que les parties ayant besoin de lumière. Je remarquai tout de suite que mes yeux n'avaient plus besoin d'effort et distinguaient très nettement les objets. J'essayai de disposer la lampe pour les opérations dans la bouche et, quand elle était très rapprochée du patient, je constatais de grandes ombres tombant sur mon ouvrage, résultant de mes mains ou de mes instruments. J'imaginai donc un pied pour tenir ma lampe Telschow avec un large cercle autour du patient. Je pus alors porter ma lampe de 6 pieds de distance à quelques pouces de la bouche dans tous les sens et, après 3 ou 4 heures de travail dans ces conditions, je n'éprouvai pas la moindre fatigue de la vue.

Maintenant je commence mes opérations avec ma lampe à la plus grande distance, en baissant la lentille de manière que le bord de l'arc pénètre dans la bouche seulement. La lampe à bouche doit être placée au moins à 5 pieds de haut, car à cette hauteur la réflexion du miroir à main est toujours avantageuse; tandis que si la lampe n'est qu'à trois pieds de haut, l'angle de réflexion est perdu et nous sommes en présence de la lumière directe.

Avec la lumière électrique nous avons une clarté d'un grand éclat et dont nous sommes tout à fait les maîtres, mais son intensité, si l'on en abuse, offre un grand danger; tandis qu'une bougie avec un écran, dans une pièce obscure, nous permet de voir avec autant de précision. Une après-midi je travaillais quand je remarquai que mes anciens troubles visuels reparaissaient ; je promenais ma lampe de Telschow d'un côté et de l'autre lorsque je m'aperçus que j'avais une bougie allumée sur ma table-bureau en droite ligne avec mes yeux. Je devinai que c'était la cause de ces troubles, je l'éteignis et je fus tranquille. J'ai essayé toutes les lampes inventées et j'ai vu les installations de beaucoup de mes confrères, et partout j'ai remarqué le même inconvénient : une lampe à gaz ou à électricité dirigeant ses funestes rayons dans les yeux de l'opérateur au préjudice total de la lumière dirigée dans la bouche.

Toutes les lampes, quelles qu'elles soient, peuvent être utilisées par l'adaptation judicieuse de quelques abat-jour en carton de cartes à jouer. Il faut simplement que l'aire la plus brillante d'éclairement

soit dans la limite de la bouche et que les yeux ne soient pas rencontrés par aucun rayon direct d'une autre lampe.

(*Ash et Sons'Quarterly Circular.*)

NOUVELLE PLAQUE POUR MÉLANGE ET NOUVELLE SPATULE.

Par M. W. R. Humby.

Dans une séance de la section londonnienne de la British Dental Association, M. Humby a présenté quelques remarques sur le mélange et les emplois des ciments qui prennent vite.

L'habitude de se servir des ciments, non seulement comme revêtements non conducteurs pour la dentine, mais à cause de leur force consistant dans leur état d'adhésivité à la substance de la dent et aux substances obturantes, exige des ciments parfaitement adhésifs, suffisamment durs et prenant assez vite. Comme la prise trop rapide augmente la difficulté de manipulation, M. Humby se sert d'une plaque comprenant à sa partie active une plaque mince de nickel pur fixée par une soudure mince à une base épaisse de cuivre. Ce métal n'affecte pas la qualité du ciment, mais en absorbant la chaleur produite par la combinaison du liquide et de la poudre, il donne assez de temps pour le mélange et l'introduction dans la cavité. Il se sert également d'une spatule en nickel pur, parce que la spatule ordinaire plaquée perd la mince couche qui est à ses extrémités et se couvre d'une rouille qui ajoute un mauvais élément au ciment.

Le ciment est porté avec l'extrémité d'un excavateur cassé sous forme d'une goutte de la dimension voulue et bien frotté dans la cavité, alors la substance de revêtement doit être placée et incorporée avec lui. Comme le ciment suinte aux côtés de la cavité, il est refoulé ou ramené à l'épaisseur de l'émail et, quand les bords sont débarrassés, la substance de revêtement est ajoutée au niveau voulu. Pour les cavités ordinaires, quand on emploie l'or comme couverture, il n'est pas besoin de trous forés dans la dentine, car la cavité elle-même assure une rétention suffisante. Dans les cavités labiales peu profondes, M. Humby introduit le ciment dans des excavations creusées dans la dentine, et puis il y foule de l'or, déplaçant ainsi presque tout le ciment.

Pour les couronnes et les coiffes ou pour prolonger la durée de la prise M. Humby se sert de poudre et de liquide de Caulk, qui durcissent en 7 minutes dans la bouche, mais pour une prise plus prompte il recourt au liquide de Caulk avec la vieille poudre de Poulson n° 1. ou à la poudre fournie avec le ciment Rock d'Ash ; alors le ciment prend en 3 minutes et devient extrêmement dur et adhésif.

La lenteur de la prise est-elle due à un mélange différent du ciment ou à la plaque ? Pour s'en assurer, M. Humby a employé un petit cylindre d'or roulé sans être serré, trois ou quatre fois plus petit que ceux avec lesquels on commence. Dans la plaque, le nickel n'est qu'une couche extérieure avec du cuivre au-dessous qui le tenait à une tem-

pérature basse. D'autres métaux peuvent lui être substitués, mais le nickel n'est pas attaqué par l'acide. Il découvrit l'utilité d'une substance conductrice pour le mélange des ciments à la suite des difficultés qu'il avait rencontrées, il y a quelques années, pour empêcher le palladium de durcir et d'éclater une fois le mercure ajouté et avant son introduction dans la cavité. Il pensa que la présence de l'eau augmentait le durcissement du ciment et, dans le vieux Poulson, il faut enlever une partie de celle-ci et sécher la poudre.

En se servant de la plaque de cuivre et de nickel et de la spatule en nickel pur, M. Humby trouve qu'un ciment comme celui de Caulk semble se congeler ou durcir considérablement sur la plaque en quelques minutes et qu'une fois enlevé et pétri il est suffisamment plastique pour être introduit dans la cavité. Il l'a même trouvé mou après une heure de séjour sur la plaque.

(*Ash et Sons' Quarterly Circular.*)

LES ÉROSIONS CUNÉIFORMES

Par le Dr Berschanoki Zoubovraczebny Dnevnik

Résumé par M. Joseph.

Cette variété d'érosions consiste, comme on le sait, en une perte de la substance dentinaire ayant lieu au niveau du collet, immédiatement au-dessous du bord libre de la gencive ; la forme spéciale qu'affectent ces lésions leur a valu le nom de *cunéiforme.*

Elles sont rares et les auteurs sont loin de s'accorder sur leur étiologie. Pour les uns, leur cause essentielle serait le tartre ; les autres incriminent l'action des poudres et des pâtes dentifrices ; d'autres enfin considèrent le frottement de la brosse comme cause initiale et efficiente. Le Dr Scheff, tout en reconnaissant l'importance des conditions étiologiques énumérées, attribue la production de ces lésions spéciales à l'action des alcalis ; l'examen multiple de la salive chez des personnes atteintes de cette affection a toujours révélé une réaction alcaline.

M. Scheff n'explique cependant pas en quoi consiste l'influence nocive des alcalis sur la dentine. S'agit-il d'un processus chimique ou d'une influence simplement mécanique ?

L'auteur procède à l'analyse de cette question et envisage l'action de la salive alcaline sur la dentine au point de vue chimique et mécanique.

1° Action chimique des alcalis sur la dentine.

Comme la substance dentinaire est composée d'éléments inorganiques et organiques et comme, d'autre part, les alcalis agissent différemment par rapport à tel ou tel élément constitutif, il est nécessaire d'analyser l'influence de la salive alcaline séparément sur les éléments inorganiques et sur les éléments organiques.

a) Sur les éléments inorganiques de la dentine constituée essentiellement de phosphates et de carbonate de chaux, la salive alcaline n'exerce aucune influence, car ces sels sont insolubles dans les alca-

lis, leurs dissolvants naturels étant les solutions des acides azotique et lactique.

L'insolubilité des phosphates dans les alcalis a une importance pathologique considérable et sert de point de départ à une affection grave, la lithiase urinaire ; les phosphates sont particulièrement éliminés par les urines ; leur solubilité dans l'urine des carnivores s'explique par la réaction acide ; mais si la réaction de l'urine devient alcaline, les phosphates se précipitent, se déposent et peuvent donner naissance à des pierres urinaires. « Les pierres, dit Bardeleben, composées de phosphates ne sont solubles ni dans les alcalis, ni dans l'acide sulfurique. » Donc l'influence de la salive alcaline sur les éléments inorganiques de la dentine est inadmissible.

b) Quant à l'influence chimique de la salive alcaline sur les parties organiques de la dentine constituées de substances albuminoïdes, les alcalis, comme le dissolvant naturel de l'albumine, peuvent avoir une action nuisible. C'est dans ce sens qu'agissent particulièrement les poudres dentifrices alcalines (le charbon végétal) qui, en dissolvant les substances organiques constituantes de la dentine, peuvent servir de point de départ à la localisation de la carie avec les conséquences habituelles. Pour la même raison, la salive alcaline peut servir de cause initiale dans la production des érosions cunéiformes. Mais si l'influence nocive de la salive alcaline était si puissante, les érosions cunéiformes seraient un phénomène habituel, ce qui est contraire à l'observation clinique. Les effets de la salive alcaline seraient donc peu ou point appréciables, et ceci pour une raison très simple. Selon l'auteur, les sels alcalins entrent dans la composition de la salive en si petite proportion (0, 5 0/0) qu'ils ne peuvent avoir une influence sensible sur les éléments organiques de la dentine ;

2° L'action mécanique de la salive n'est pas plus admissible, d'abord parce que les sels de phosphate et de magnésie y entrent en quantité minime et ensuite parce que la présence dans la cavité buccale des alcalis à l'état salive est fort problématique.

L'auteur croit que les érosions cunéiformes, ainsi que d'autres pertes de la substance dentinaire ayant pour siège le collet, sont dûes dès leur origine à la présence du tartre. Il avoue cependant ne pas savoir pourquoi dans un cas les lésions affectent la forme régulière en coin, tandis que dans d'autres cas beaucoup plus fréquents les contours en sont au contraire très irréguliers.

(*Revue de médecine dentaire de St-Pétersbourg.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

BANQUET DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

Le samedi 28 mai a eu lieu, au restaurant Marguery, le banquet de l'Association.

Il s'agissait de fêter la *reconnaissance d'utilité publique* que nous venons d'obtenir du Gouvernement.

Ce programme a été supérieurement rempli, car l'assistance, très nombreuse et très gaie, comptait dans son sein un grand nombre de notabilités de la politique et de la science.

M. Henri Brisson, député, présidait, assisté de MM. Georges Berry, conseiller municipal, Dr Chautemps, député, et Lecaudey, directeur de l'Ecole dentaire de Paris.

MM. les docteurs Isch-Wall, Thomas, Serres, Grimbert, Marié, Pinet, etc., en un mot, tout le corps enseignant, assistaient à cette fête, une des plus brillantes qui aient eu lieu jusqu'ici depuis la fondation de l'Association.

Après le repas (des plus délicats et des mieux servis), M. Martinier donne lecture de la correspondance :

MM. les docteurs Brouardel et Verneuil, M. Chevandier, député, MM. Monod, Liard, MM. Ollivier et Blavier, sénateurs, M. Mesureur, député, M. Paul Strauss, conseiller municipal, MM. Dr Aubeau, Lemerle, Vasseur, Alaux, Ribard, s'excusent de ne pouvoir assister au banquet.

La lettre de M. Brouardel est ainsi conçue :

Faculté de médecine

Monsieur le Président,

Je suis très touché de l'aimable souvenir que vous avez gardé de la séance de 1885, malheureusement le samedi 28 j'ai invité les représentants des diverses puissances à la Conférence de Venise à dîner.

Agréez tous mes regrets et présentez-les, ainsi que mes amitiés, à vos collègues.

P. Brouardel

22 mai 92.

Celle de M. Verneuil est la suivante :

23 mai 1892.

Monsieur le Président,

Permettez-moi de vous adresser mes remerciements pour votre aimable invitation du 28 mai et de vous exprimer mes regrets de ne pouvoir l'accepter. Je ne suis point à Paris ce jour-là.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien faire savoir à la réunion que vous présidez tout l'intérêt que je continue à vous porter et avec lequel je suis vos progrès.

La reconnaissance d'utilité publique est la juste récompense de vos efforts.

Recevez, monsieur le Président, l'expression de ma considération très distinguée.

Verneuil

La lettre de M. Chevandier porte :

Paris, 28 mai 1892.

Monsieur le Président,

Je comptais être des vôtres ce soir, ainsi que je vous l'avais écrit en réponse à votre aimable invitation.

La mort de mon collègue et ami, M. Madier de Montjau, frappe d'un deuil si profond mon cher département de la Drôme que je ne puis me distraire de cette douleur patriotique même par l'honneur de fêter avec vous la déclaration d'utilité publique de l'Association générale des Dentistes de France.

Je ne m'en associe pas moins de tout cœur aux vœux formés à cette occasion pour la prospérité de l'Association et de l'Ecole dentaire de Paris.

Je vous prie, monsieur le Président, de faire agréer à vos confrères mes excu-

ses et mes regrets et de croire à leur sincérité comme à celle de mes sentiments les plus distingués et dévoués.

Dr Chevandier,
Député.

Enfin, celle de M. Ollivier contient ce qui suit :

Paris, le 24 mai 1892

Monsieur le Président,

Je suis bien sensible à l'honneur que vous me faites au nom de l'Association générale des dentistes de France en m'invitant à prendre part à son banquet annuel du 28 courant.

Je ne pourrai me rendre à cette aimable invitation et je vous prie d'agréer et d'offrir aux honorables membres de votre grande Société l'expression de mes regrets et de mes remerciements.

En prenant au Sénat une modeste part à la discussion du projet de loi sur l'exercice de la médecine, je désirais voir placer les hommes sérieux et instruits que vous êtes sur un pied d'égalité vis-à vis de vos concurrents étrangers et surtout vous désigner par un titre connu à la confiance d'une clientèle tous les jours plus nombreuse, qui saurait qu'en s'adressant au *chirurgien-dentiste* elle serait certaine de rencontrer non seulement un praticien plus ou moins habile, mais un homme instruit, ayant obtenu, à la suite d'études longues et sérieuses, un diplôme de faculté présentant par suite toutes les garanties désirables de savoir. Je suis heureux d'avoir de votre Association un témoignage d'approbation.

Veuillez lui en offrir mes remerciements et agréer vous-même, monsieur le Président, l'expression de mes sentiments de haute considération.

A. Ollivier,
Sénateur.

M. Lecaudey prononce ensuite les paroles suivantes :

« Mes chers confrères,

« Voici que nous sommes réunis pour fêter une des plus belles dates dans l'histoire de notre art et dans celle de l'Ecole que nous avons fondée afin de le développer en France : l'Etat vient de reconnaître notre institution d'utilité publique, c'est là pour nous une consécration définitive.

« Je remercie d'abord avec une joie profonde ceux qui, par leur présence, ont bien voulu donner à notre réunion le plus vif éclat, vous, Monsieur Brisson, dont le nom est comme un ralliement d'honneur, vous, monsieur Chautemps, vous, monsieur Berry, dont nous ne saurions oublier les bienveillants et précieux appuis.

« Je ne veux pas ici dire la marche ascendante de notre profession : d'autres, plus éloquents, l'ont fait déjà. Je ne veux pas non plus rappeler l'histoire de notre école ; il n'est aucun de nous qui n'ait présentes à la mémoire nos premières années de lutte, bientôt suivies d'une prospérité toujours croissante.

« Je veux simplement célébrer le beau résultat de notre œuvre, son triomphe. Je veux dire que nous sommes tous fiers, tous heureux, car tous, nous avons en nous l'orgueil de la réussite, la joie de faire le bien ; — et je bois à l'héroïne de cette fête, à notre chère Ecole, d'utilité publique, d'utilité humaine. » (*Applaudissements répétés.*)

(Les discours suivants ayant été improvisés, nous les avons recueillis aussi fidèlement que possible. Les orateurs nous excuseront s'il s'y rencontre des lacunes ; nous n'en pouvons donner la lettre comme

pour les discours écrits, mais nous croyons en avoir conservé l'esprit.)

M. Poinsot prend la parole à son tour :

« Si vous voulez bien vous rappeler les commencements de l'Ecole dentaire de Paris, vous reverrez nos efforts, nos travaux et nos luttes parce que, à l'origine, nous rencontrâmes des difficultés d'ordre professionnel. Puis, plus tard, trouvant que nous réalisions des progrès et que nous rendions des services, nous avons cherché autour de nous des collaborations plus heureuses pour mettre en relief nos travaux. Grâce aux personnalités que nous avons rencontrées, des sommités médicales sont venues rehausser de leur présence nos efforts et nos résultats et, sans ces personnalités, nous n'aurions pas la reconnaissance d'utilité publique que nous fêtons aujourd'hui. Parmi ces absents nous pourrions citer les membres du corps médical qui nous ont aidés ; il en est parmi eux qui ne sont plus, dont nous conserverons le souvenir impérissable.

» Si nous examinons le chemin parcouru, qui nous a soutenus? Notre devise *union et progrès* n'a malheureusement pas donné tout ce que nous attendions d'elle ; il s'est produit des défections. Pourtant, quand on s'est associé à une œuvre comme la nôtre, on n'a pas le droit de déserter, on ne peut le faire que quand la santé fait absolument défaut, et encore, quand elle revient, on doit revenir comme elle, comme l'a fait M. Lecaudey, comme je l'ai fait moi-même. »

M. Gillard, vice-président, succède à M. Poinsot.

« Je n'ai pas l'intention de vous faire un long et fastidieux discours, car après une journée aussi chaude, des occupations nombreuses, un repas comme celui-là, la langue n'est plus assez libre. Nos ancêtres disaient : *in vino gaudium*. Eh bien, laissez-nous nous réjouir ! Quand je vois à nos côtés de vieux champions de la politique et quand je pense que nous fêtons la reconnaissance d'utilité publique, il me semble que c'est une approbation des faits accomplis.

» Toutefois que nos hôtes nous permettent de leur adresser une petite requête. La loi sur l'exercice de la médecine est à moitié votée et nous désirerions voir quelques-uns de nos confrères appelés pour prendre part à la confection des programmes. Nous nous promettons de vous tourmenter beaucoup pour obtenir cela.

» Je vous rappelais à l'instant que nos ancêtres disaient : *in vino gaudium* ; ils disaient aussi : *in vino veritas* et, quoique les dentistes n'aient pas la réputation d'être des apôtres fervents de la vérité, vous croirez certainement ce que j'avance. La reconnaissance paraît nous coûter bien cher puisqu'elle a amené parmi nous une scission que nous voudrions voir se terminer. Il faudrait que de petits points noirs ne se transforment pas en gros nuages. C'est pour cela que je bois à la prospérité de notre Ecole, que je bois à ses succès. » (*Applaudissements.*)

M. Georges Berry, avec beaucoup de talent et de chaleur, prononce l'éloquent discours que nous avons transcrit et qui a été couvert d'applaudissements enthousiastes :

« Je vous remercie de m'avoir invité à votre fête de reconnaissance. Vous êtes bien, par excellence une œuvre d'utilité publique et peu ont trouvé, comme vous, le moyen d'être utiles aux riches comme aux pauvres. Ceux-ci laissaient leurs dents se pourrir et leur estomac se gâter parce qu'ils n'ont pas les moyens de faire soigner leur bouche; ceux-là allaient trouver des praticiens faisant une forte réclame et de la mauvaise besogne et on leur arrangeait mal leurs mâchoires. Vous avez porté remède à cette situation, pour Paris du moins. J'espère que, dans peu de temps, vous étendrez votre action à la province et que vous y enverrez des dentistes qui feront oublier les charlatans.

» Maintenant, avec la loi nouvelle, vous allez avoir des examens et des cours officiels ; il faut que ce soient des dentistes qui en soient chargés. Il faut que vous soyez en majorité dans les commissions d'examen, parce que vous avez fait des études spéciales, voilà le premier échelon que vous devez franchir.

» Nos hôpitaux manquent également de dentistes ; vous devez y avoir votre place, vous devez y avoir votre salle, vos élèves, au même titre que les médecins et les chirurgiens. Il y a deux ou trois ans, quand je hasardai cette idée, je rencontrai une grande froideur de la part de ceux-ci. Depuis, elle a fait du chemin. A cet égard la loi votée par la Chambre et par le Sénat vous a fait du bien, en sanctionnant votre existence; la reconnaissance aussi, obtenue récemment.

» Le conseil municipal vous l'a accordée depuis longtemps, la reconnaissance d'utilité publique, car depuis longtemps il reconnaît les services que vous rendez et il vous en remercie à sa manière. C'est par lui, croyez-le, que vous entrerez dans les hôpitaux.

» C'est à la réussite de cette tentative, c'est à vos succès futurs que je vais boire. Je me mets à cette occasion complètement à votre disposition et je serai votre champion pour toutes les luttes que vous aurez à soutenir. »

M. Poinsot reprend la parole et commente ainsi ce que vient de dire M. Georges Berry :

« Je suis très heureux — le mot n'est pas trop fort — d'exprimer notre reconnaissance à M. Berry, qui a parfaitement compris tous les nœuds de la question qui nous intéresse.

» Cette question de la réglementation a servi à dire tout ce qu'on avait sur le cœur, mais n'a pas servi à ensevelir les quiproquos. Mon Dieu, tout est défendable : la liberté et la réglementation. Si les partisans de la première estiment que la profession de dentiste est convoitée au profit de l'art médical, ceux de la seconde pensent que chacun peut exercer son art.

» Les docteurs en médecine trouvent que leurs efforts ne sont pas suffisamment rémunérés, tandis que les dentistes, sans avoir fait de grandes études, avec un léger bagage, arrivent à de gros résultats.

» Il faudrait, pour nous mettre d'accord, un peu de franchise et un peu d'honnêteté. Or, il est bien évident que le gouvernement ne veut

pas nous créer des diplômes pour nous créer des difficultés, et qu'il vise surtout les charlatans exotiques. Je ne veux pas écouter, à cet égard, les réclamations des libertaires; j'aime mieux croire ce que dit le doyen de la Faculté et je vous engage à avoir foi dans sa parole. Non, notre Ecole n'est pas en péril, faites œuvre de capacité et vous obtiendrez le diplôme. Vous avez entendu aussi les paroles encourageantes de M. Berry; ayez confiance en elles. Je crois que les élèves de notre Ecole ne seront pas fâchés de voir couronner leur œuvre par un diplôme d'Etat, mais je désire vivement que les dentistes fassent partie du jury.

» M. Berry vous a parlé aussi des hôpitaux où il compte vous faire entrer en vous servant de champion. Mais c'est là une muraille, auprès de laquelle celle de la Chine est bien plus vulnérable; aussi malgré ses efforts, si nous échouons du côté de l'Assistance publique, j'attends, grâce à lui, une victoire du côté du Conseil municipal et du Conseil général, parce que nous ne pouvons pas dissocier la question des dentistes de la politique municipale. Notre concours vous est acquis et si vous n'avez qu'un but, nous serons vos collaborateurs et nous ferons en sorte que vous n'ayez pas à le regretter. »

M. le docteur Thomas se lève et fait entendre les paroles qui suivent :

« Je ne m'attendais pas à prendre la parole ce soir et c'est seulement parce qu'on m'y invite avec insistance que je me décide à le faire.

» Je ne puis faire qu'un parallèle entre ce qui existait il y a dix ans et ce qui existe aujourd'hui. Il y a dix ans, on ne songeait guère à la reconnaissance d'utilité publique : reconnaître votre art, on n'y pouvait songer puisqu'il était question de le supprimer. Vous rencontriez des défiances de tous côtés, et on s'étonnait que moi, médecin, je prêtasse mon concours à votre œuvre. Mais quand on travaille c'est toujours une bonne chose. Or, vous avez travaillé pendant dix ans et vous avez obtenu votre récompense; je vous en félicite. Mais l'ère des difficultés n'est pas close et nous ne devons pas nous reposer sur nos lauriers.

» Jusqu'ici nous avons été maîtres de nos programmes, de notre enseignement; désormais c'est le Conseil supérieur qui en sera maître et j'ai peur qu'on ne fasse pour vous de l'enseignement supérieur au lieu de l'enseignement pratique qui vous est indispensable. Cependant pour créer des programmes il faudra chercher des dentistes et prendre les bases soit sur les programmes français, soit sur les programmes étrangers. L'Etat imposera des programmes et des examens qui prouveront un minimum de connaissances plutôt théoriques que pratiques Eh bien, nous préparerons les jeunes gens pour qu'ils soient en règle avec ces exigences, mais s'ils veulent notre confiance à nous, il faudra qu'ils subissent nos examens tels que nous les fixeront. C'est de cette façon qu'il faut procéder parce que, avant tout, il importe d'élever le niveau de l'enseignement professionnel : c'est le moyen de montrer que nous mériterons encore mieux la confiance de l'Etat »

M. Berthaux, de Soissons, se félicite d'être un des vétérans de la profession à laquelle il a appartenu pendant si longtemps, et fait ressortir l'utilité des Ecoles dentaires, tant au point de vue scientifique que philantropique. Fussent-elles vingt, il voudrait faire partie de toutes ces écoles. Tant qu'il lui restera un souffle il le consacrera aux progrès de l'art dentaire.

M. Touchard lui succède :

« Je voudrais simplement rappeler le nom de celui qui a pris la plus large part dans l'obtention de la reconnaissance d'utilité publique que nous fêtons aujourd'hui, car ce n'est pas *banquet annuel des dentistes* qu'il faut dire mais plutôt *banquet de la reconnaissance* — j'ai nommé le Dr David — et exprimé le regret qu'il ne soit plus là pour s'en réjouir avec nous.

» Je regrette aussi que quelques-uns de ceux qui ont, pour ainsi dire, tenu la brassière des dentistes aient cru devoir faire valoir des considérations intimes pour se soustraire à cette réunion. L'avenir est aux jeunes, dit-on ; oui, mais les jeunes ont cru devoir rendre hommage aux vieux. Qu'on me passe le mot *vieux* : il ne s'applique pas à l'age. Le Conseil de direction avait invité à notre fête deux des fondateurs de l'Ecole ; ils ont jugé à propos de ne pas accepter. Si quelque chose pouvait nous en consoler, ce serait la présence ici de quelques-uns de nos adversaires, notamment des docteurs Thomas et Isch Wall.

» Je déplore vivement cette abstention, parce que dans une fête de famille il n'y a pas d'opinion et tout dissentiment doit cesser. J'aurais voulu parler d'union, mais comment le faire en présence de ce fait ! Tous, pourtant, et heureusement, n'ont pas eu la même manière de voir et dès qu'il a été question de l'Ecole dentaire deux de nos plus anciens maitres sont accourus ici.

» Sur la réglementation je n'aurai que très peu de chose à dire.

» Je ne vois rien de plus pénible pour un honnête homme que d'être mis au ban de l'humanité, et c'est un peu ce qu'on fait pour le dentiste. Comme j'ai toujours pensé qu'il y a chez l'être humain autre chose que ce que donne la nature, c'est-à-dire l'intelligence, pourquoi le dentiste n'aurait-il pas aussi son ambition ? Eh bien, le gouvernement n'avait jamais pris la peine de s'occuper de nous ; il le fait maintenant, et on s'empresse de lui en savoir mauvais gré !

» Tous, nous éprouvons un sentiment qui prime tous les autres, le patriotisme. C'est au nom de ce sentiment que notre vénéré Directeur fut un des premiers à rechercher un titre médical pour se mettre de pair, aux yeux du public, avec les praticiens étrangers. C'est pour cela que, plus tard, aidé de quelques autres, il voulut fonder un établissement pour nous dispenser d'aller acquérir au dehors des connaissances qu'on acquerrait ici et pour relever le niveau de la profession.

» Mais nous ne nous contentons pas d'être les égaux des étrangers, nous voulons être mieux qu'eux. Certes, personne ne viendra suspecter l'honnêteté des diplômes que nous accordons, mais un préjugé domine les autres : celui du titre officiel, aussi avons-nous voulu

autre chose qu'un titre officiel, nous avons voulu la réglementation.

» Comme la science fait toujours du chemin, il nous faut bien étudier un peu de médecine puis que nous voulons être quelqu'un. Je crois que les petits et les grands auront reçu satisfaction. N'avons-nous pas trouvé auprès du Doyen de la Faculté de médecine le très grand honneur d'être consultés sur la réglementation ! Je crois, pour ma part, que ce sera une joie pour les vieux, que de savoir que leurs fils sont dentistes diplômés, et ceux qui auront conquis ce grade en seront fiers. L'Etat, de son côté, accorde un avantage à ceux qui veulent l'obtenir.

» Mais si la loi est amendée d'une manière favorable, il ne faut pas oublier à qui nous le devons. C'est parce que je désire qu'on s'en souvienne que je termine en buvant à la mémoire de celui qui a contribué à la faire adoucir et à obtenir la reconnaissance d'utilité publique pour l'Ecole dentaire de Paris. »

M. Henri Brisson clôt la série des discours officiels :

« Je me lève à la droite de M. Berry et il est assis à ma gauche : c'est assez vous dire qu'il n'y a pas d'opinion politique ici. Nous nous sommes réunis dans un grand sentiment d'union et c'est sur ce sentiment que nous allons nous séparer.

» La première fois que je me suis trouvé parmi vous je ne vous connaissais pas, mais, j'avais un motif personnel pour me rendre au milieu de vous : l'affection profonde que je porte à M. Lecaudey. Il ne se plaindra pas si à ce sentiment il s'en est ajouté un nouveau. Dans cette deuxième entrevue j'ai appris, en effet, à vous connaître et à concevoir pour vous tous, qui avez réalisé une œuvre d'initiative individuelle, l'estime que mérite toujours cette initiative. C'est dans ce double sentiment que je suis venu, ne pensant pas vous présider, car votre vrai président, le voilà (il montre M. Lecaudey). (*Applaudissements répétés.*)

» Je ne pensais pas, il y a trois ou quatre ans, quand je disais, « la vie ne trouve sa justification complète que si nous laissons après nous quelque œuvre d'utilité générale, » que ce serait si vrai. Vous avez fondé une œuvre qui durera et qu'on n'apprécie pas encore à son juste mérite.

» Il n'y a pas parmi vous d'opinions politiques, mais, si je vous ai bien compris, il paraît y avoir eu de petites divisions ; eh bien, il faut qu'elles soient noyées dans ce verre. Buvons à la conciliation de tous ceux qu'avait groupés sous son aile notre excellent M. Lecaudey, le véritable fondateur de votre œuvre, que nous honorons et que nous respectons tous. »

Au café, MM. Chautemps, député, Dr Marié, Dr Pinet, Duchesne et Viau, ont porté des toasts à la profession.

M. le Dr Marié s'est exprimé ainsi :

« Depuis bientôt dix ans que j'ai l'honneur de faire partie du corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris j'ai été, par le fait, même de cette situation privilégiée, mêlé au monde des dentistes qui m'était

auparavant à peu près inconnu, comme d'ailleurs cela existe pour la plupart des médecins. Or, depuis que je vous connais comme homme, comme médecin et comme professeur, je n'ai jamais eu qu'à me louer des excellents rapports que je n'ai jamais cessé d'entretenir avec tous les membres de la corporation. Élèves, praticiens et professeurs ont constitué pour moi une sorte de nouvelle famille dont tous les membres, rencontrés au hasard de l'existence, n'ont cessé de me prouver leur sympathie sans qu'une seule note discordante soit venue troubler l'harmonie de nos relations. Dans mon énumération j'ai omis de parler de notre cher et vénéré directeur Lecaudey, mais son aménité, son affabilité sont trop connues de vous tous pour qu'il soit nécessaire d'y faire allusion.

» Voici maintenant la raison de cet exorde personnel.

» Par le fait même de la réglementation nouvelle, que je n'ai nullement à apprécier, vous allez constituer forcément, officiellement et légalement un corps reconnu, le corps des dentistes à côté de celui des médecins. Or, je regarde leur alliance comme nécessaire, comme je considère souvent individuellement celle du médecin et du dentiste comme indispensables. Le médecin d'une famille enverra au spécialiste pour les yeux, l'orthopédie, tel cas particulier qu'il croira devoir dépasser ses attributions ; il en est forcément de même pour les dents! Sans vouloir soigner une pulpe ou poser un appareil, le médecin doit savoir reconnaître si le système dentaire lésé n'est pas le point de départ d'une névralgie, d'une dyspepsie qu'il observe, afin de pouvoir adresser son patient au spécialiste dentaire. Il doit donc connaître les éléments de l'art dentaire qui, à mon avis, devrait être enseigné chaque année à la Faculté en 20 leçons avec pièces, sujets et sanction d'examen à l'appui, tout le reste de la préparation spéciale des dentistes devant être réservé aux écoles professionnelles.

» Le dentiste, de son côté, connaissant les éléments de médecine ayant trait à la région qu'il explore habituellement, peut soupçonner ou reconnaître l'existence de diathèses pour laquelle il conseillera l'intervention du médecin ; il devra donc adresser à son tour son client à ce dernier.

» Vous le voyez, messieurs, les rapports individuels, sociaux et scientifiques du médecin et du dentiste augmenteront forcément de fréquence.

» Eh bien, messieurs, je souhaite que dans l'avenir la bonne entente, la courtoisie, la cordialité enfin, règnent entre les deux institutions, comme elle règne aujourd'hui entre nous tous, médecins et dentistes d'une même École et je lève mon verre à la bonne confraternité future des corps médical et dentaire français. »

Puis, M. Mandon, notre sympathique et intelligent secrétaire-rédacteur, nous a dit une pièce de circonstance, pleine de verve et d'humour, qui a clos la soirée dans un unanime éclat de rire. Nous insérons ci-dessous ce petit poème pour le plus grand plaisir de nos lecteurs.

Ceux qui l'ont entendu seront, nous en sommes certain, bien aises de s'en délecter de nouveau à la lecture.

Un dernier toast.

Alors, il faut toaster........ Tous, prenant la parole,
Ou par ordre de rang ou par ordre de rôle,
Nous faisons un discours qu'inspire un bon repas,
Qu'une rasade clôt, mais que l'on n'entend pas.
Tenant la coupe en main on boit à ses confrères,
A ceci, puis à ça, l'on vide tant de verres
Que je crains, à bon droit, que le cellier fameux
D'où nous avons tiré tant de vins généreux
Ne s'épuise à la fin et qu'il ne reste à peine
Que l'eau riche en corps gras que nous offre la Seine...
Au risque cependant de tarir ces flacons,
Je suis bien obligé de dire encor : *buvons.*
Et certes oui, buvons, car bien qu'une bouteille
Remplace sans répit, sans arrêt, sa pareille,
Il est encore un toast que nous devons porter,
Vous l'approuverez tous, messieurs, sans hésiter.
C'est fort bien de fêter ceux-ci, ceux-là, tant d'autres
De souhaiter d'avoir, l'an prochain, plus des vôtres ;
Mais si nos corps chétifs, fatigués, impotents
Ne nous permettent pas d'être au banquet présents,
A quoi nous servira qu'un repas magnifique
Soit préparé pour nous?... Veut-on que je m'explique?
Nous n'avons tous qu'un corps, il faut bien qu'il soit sain,
Alerte, bien portant, vigoureux, plein d'entrain.
Guenille si l'on veut, ma guenille m'est chère,
Ma carcasse est unique et ne peut se refaire,
Voilà pourquoi je veux la voir en bon état,
Exempte de tous maux et d'impedimenta.
Je vous propose donc un toast qui soit tout autre :
De boire à nos santés en disant : *à la vôtre.*

En somme, excellente soirée, très bien organisée par la commission des fêtes et en particulier par M. Martinier, dont l'éloge n'est plus à faire mais qui s'est surpassé cette fois et qui a droit aux plus vifs remerciements de l'Association. Toutefois elle eût été plus complète si nous n'avions eu à déplorer l'absence du regretté Dr David, enlevé sitôt à notre affection et à notre gratitude.

Voilà le seul sentiment triste *généralement* ressenti.

Quant aux dissidences ou plutôt à la défection de quelques membres de l'Association, qui s'en serait aperçu si quelques orateurs n'avaient cru devoir y faire allusion ?

Mais ces souvenirs n'ont pu faire se ralentir l'entrain et la gaîté, et jusqu'à la fin nous avons eu — ce qui est un *progrès* — l'Union !

Ed. Löwenthal.
D. E. D. P.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE ET SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DE L'HOPITAL DENTAIRES DE PARIS

RÉSUMÉ DES PROCÈS-VERBAUX DU CONSEIL DE DIRECTION

Séance du 16 février 1892.

Présidence de M. Gillard, vice-président.

La séance est ouverte à 9 heures 1/4. Sont présents : MM. Barrié,

Bertrand, Billebaut, Bonnard, Billet, Gillard, Francis Jean, Lemerle, Löwenthal, Horay, Paulme, Pigis, Quincerot, Viau et Tusseau.

M. Lemerle, vice-président, prononce l'allocution suivante :

Messieurs,

» Avant de commencer nos travaux, permettez-moi de vous remercier de l'honneur que vous me faites en me nommant vice-président de notre société. Vous savez que mon dévouement lui est acquis depuis de nombreuses années.

» Je suis heureux de le prouver encore, en travaillant avec votre aide à cette œuvre du relèvement professionnel. Nous faciliterons par tous nos efforts une réglementation selon nos vœux. —Réglementation! Grand mot que nos adversaires font miroiter aux yeux de nos confrères comme étant l'antipode du progrès? Reculade d'un siècle! Retour au temps des jurandes et des maîtrises, disent-ils..... Illusion complète! Et vous l'avez bien compris vous, mes chers confrères, en venant soutenir la lutte et défendre le principe de la réglementation qui nous avait été dicté à chaque réunion générale.

» Car vous savez bien que la profession n'est et ne sera fermée pour personne, que depuis l'apprenti jusqu'à l'opérateur, l'exercice de l'art dentaire sera libre pour tous.

» Nous ne voulons demander aux nouveaux venus qu'un peu de travail. L'instruction est à tous aujourd'hui, elle est même obligatoire, nous sommes donc dans le progrès, quoiqu'en disent nos adversaires. Nous devons leur prouver que cette réglementation que nous aurons demain, loin d'enrayer le progrès scientifique, concourra puissamment à son développement.

» C'est pour cela, messieurs, que nous devons nous mettre tous à l'œuvre; ici je m'adresse surtout aux nouveaux venus dans le Conseil, car nous avons beaucoup à faire.

» Nous nous sommes déjà divisé le travail, en nommant des commissions. Réunissez-vous, messieurs, que chacune d'elles nomme son président, son secrétaire, et d'ici peu présentez au conseil le fruit de vos études.

» Toutes les commissions nommées ont de nombreux travaux à élaborer ou à modifier. Ainsi la commission des congrès régionaux a tout à faire. Vous savez que la province attend avec impatience l'organisation de ces congrès, sorte de décentralisation scientifique que nous devons favoriser. La commission des examens et celle de l'enseignement ont beaucoup d'améliorations à apporter à ce qui existe.

» La commission des archives, qui jusqu'à ce jour n'avait pas fonctionné, a, cette année, à travailler pour rechercher et classer nos nombreux dossier et nos pièces authentiques.

» Au comité du journal il y a également beaucoup à faire pour organiser notre publication sur des bases nouvelles.

» Le comité syndical étudiera toutes les améliorations à apporter dans ses divers services.

» Comme vous le voyez, le travail ne manque pas. Je fais donc encore une fois appel à votre dévouement professionnel, en vous priant de sacrifier quelques heures par semaine à l'étude de toutes ces questions.

» Je termine, messieurs, mais avant de reprendre notre ordre du jour, je voudrais vous soumettre une appréciation toute personnelle au sujet du devoir que devrait s'imposer une école dentaire française de se servir pour son outillage et ses matières premières de produits français. Si depuis quelques années, nous ne sommes plus tributaires de l'Amérique

pour l'enseignement, nous le sommes toujours plus ou moins pour l'outillage et nos fournitures dentaires.

» Les dents minérales, les ciments, l'amalgame, l'or à aurifier etc. tout nous vient en grande partie des Etats-Unis ou de l'Angleterre. Il est certain, et il faut le reconnaître, que beaucoup de ces produits sont supérieurs à ceux de fabrication française ; cependant, il en est de nombreux qui peuvent lutter avantageusement avec ceux de fabrication étrangère. A quoi tient cette infériorité de fabrication ? Mais à nous, dentistes, car les ouvriers français ne le cèdent en rien comme habileté aux ouvriers étrangers

» Encourageons-nous la fabrication française ? Non, car pour beaucoup d'entre nous, tout ce qui ne porte pas la marque du Nouveau Monde, est ou doit être un produit mauvais.

» Nous devons réagir, nous école française, contre ces tendances à ne trouver bien que ce qui nous vient de loin. Je crois, pour ma part, que le devoir de l'Ecole dentaire est d'encourager la fabrication française en employant ses produits. Rappelons-nous que c'est en provoquant la consommation que nous forçons le perfectionnement. » (*Applaudissements.*)

M. Gillard invite les membres du Conseil à éviter dans le cours des discussions toutes digressions, pour prouver à leurs prédécesseurs qu'ils sont décidés à rattraper le temps que ceux-ci leur ont fait perdre l'année précédente.

M. Francis Jean donne lecture du procès-verbal de l'assemblée générale du 26 janvier 1892.

Après rectifications portant sur des additions de M. Godon, contre lesquelles le Conseil proteste, le procès-verbal est adopté.

M. Viau lit une lettre par laquelle M. le Dr David annonce à M. Lecaudey, directeur de l'Ecole, la reconnaissance d'utilité publique de l'institution.

Sur la proposition de *M. Tusseau,* le Conseil décide que M. Lecaudey et M. Gillard se rendront auprès de M. le Dr David pour lui porter des remerciements.

M. Tusseau donne lecture d'une lettre de M. le Dr Monnet demandant à être chargé du cours d'anesthésie dans le cas où M. le Dr Isch Wall ne pourrait pas continuer ce cours par suite de son nouveau service à l'hôpital Tenon.

Le Conseil ne peut que prendre acte de la candidature de M. le Dr Monnet, le Dr Isch Wall n'ayant pas manifesté l'intention de se retirer.

M. Tusseau communique un vœu de la Société amicale des diplomés de l'Ecole dentaire de Paris, tendant à l'élimination de la clinique des malades non-nécessiteux. Le Conseil décide que la commission d'enseignement devra étudier cette question et présenter un rapport à ce sujet à la séance suivante.

Candidature.

M. Deville D. E. D. P. pour le poste de démonstrateur.

Admissions.

1° *M. Courant* est admis comme élève de 3e année (scolarité 1891-92);

2° *M. Lallemant* sera admis comme élève de 3e année après avoir subi avec succès l'examen de fin de 2e année.

Le Conseil prononce la clôture de l'admission des élèves pour l'année scolaire 1891-92.

M. Gillard donne lecture d'une lettre de M. Dubois réclamant, au nom de M. Talbot, de New-York, son diplôme de membre honoraire de la Société d'odontologie. M. Gillard fait remarquer que M. Talbot a été nommé membre honoraire de l'Association générale des dentistes de France et non de la Société d'odontologie ; il fait remarquer en outre, que la notification de cette nomination aurait dû être faite par l'ancien bureau.

M. Tusseau fait une proposition pour la nomination de professeurs suppléants de dentisterie opératoire qui est renvoyée à la commission d'enseignement.

M. Viau demande au Conseil un crédit de 300 francs pour la mise en ordre de la comptabilité de l'Ecole, depuis la fondation. (Adopté.)

Il demande ensuite l'autorisation de régler le montant des sommes dûes pour l'exercice 1891 s'élevant à 2.500 fr., parmi lesquelles un acompte de 500 fr. sera remis à M. Burdin, menuisier, pour travaux datant de 3 ans. (Adopté.)

Le Conseil nomme une commission de 7 membres, MM. Gillard, Lemerle, Tusseau, Viau, Touchard, Barrié et Bonnard, à l'effet d'examiner la situation qui sera faite à l'Ecole par la reconnaissance d'utilité publique.

M. Tusseau propose que la commission des congrès régionaux étudie la question d'un prochain congrès.

Le Conseil désigne MM. Barrié et Francis Jean à l'effet de se rendre chez MM. Godon et Dubois pour les prier de bien vouloir leur remettre pour le secrétariat de l'Ecole les documents que leurs anciennes fonctions leur permettaient de détenir.

Le Conseil décide l'aménagement d'un bureau pour le directeur, dans lequel les membres du corps enseignant pourraient se réunir et où l'on pourrait recevoir les personnalités qui honorent l'institution de leur visite.

M. Lemerle émet de nouveau le vœu qu'un tableau indiquant tous les noms des diplômés et leurs adresses soit affiché dans la salle d'attente. (Ajourné.)

La prochaine réunion du Conseil est fixée au 29 février.

La séance est levée à minuit.

Séance du 2 mars 1892.

Présidence de M. Lemerle, vice-président.

La séance est ouverte à 9 heures. Sont présents : MM. Barrié, Billet, Bonnard, Denis, Gillard, Gravollet, Lemerle, Löwenthal, Martinier, Paulme, Tusseau, Touchard, Quincerot et Viau.

M. Francis Jean se fait excuser.

M. Bonnard donne lecture du procès-verbal de la dernière séance, qui est adopté sans observations.

M. Gillard donne lecture de diverses lettres :

1° De M. Lecaudey informant le Conseil que M. Godon désire ne remettre les documents de l'Ecole qu'au directeur;

2° De M. Blocman s'excusant de n'avoir pu faire son cours régulièrement;

3° De M. le Dr David qui offre à l'Ecole :

1° Dix années du *Journal de médecine de Paris* ;

2° Huit années de *La Gazette hebdomadaire* et demande en échange des thèses sur l'art dentaire.

Des remerciements sont adressés à M. le Dr David et sa proposition renvoyée à M. le Dr Thomas, bibliothécaire.

M. Viau fait connaître l'emploi des fonds attribués au fonds de réserve pour l'exercice de 1892 :

3 fr. de rente 4 1/2 p. 0/0, n° 115.818.
10 id. n° 220.065.
Une obligation communale 79, 3 p. 0/0, n° 272.821.
id. n° 350.023.

formant au total, avec le courtage de l'agent de change, 1.273 fr. 60.

Puis il donne lecture d'une lettre de M. Burdin, menuisier, qui n'accepte pas le mode de paiement proposé, sous prétexte que cette dette est trop ancienne, refuse tout arrangement et menace d'un procès si l'on ne le paye pas intégralement M. Lecaudey invite le Conseil à liquider cette affaire dans le plus bref délai.

M. Gillard appuie la proposition de M. Lecaudey et est d'avis qu'on procède de même pour toutes les dettes laissées par les prédécesseurs.

M. Viau communique les affaires contentieuses de l'Ecole.

Le Conseil réintègre, sur la proposition de M. Viau, dans ses fonctions d'architecte de l'Ecole, M. Benoist qui fit, à la création de l'institution, pendant quelques années différentes installations à titre gracieux.

Commission du Journal.

M. Touchard donne lecture de son rapport.

Après discussion le Conseil décide qu'à l'avenir le journal ne sera plus affermé. Il est procédé à la constitution du comité d'administration du journal ainsi qu'il suit :

Secrétaire de la rédaction, M. Touchard.
Administrateur-gérant, M Löwenthal.
Trésorier, M. Martinier.

M. Denis fait connaître ensuite les modifications apportées par la commission des examens dans le prochain programme. (Adopté.)

Admissions.

M. Scribot est admis comme élève de 1re année.

M. Vergel de Dios, élève de l'Ecole, à titre provisoire est admis comme membre de l'Association générale des Dentistes de France.

Demandes d'admission.

MM. Ribart et Rigol demandent à être considérés comme élèves de province.

Le Conseil vote un crédit de 250 fr. pour mettre 50 feuilles d'or à la disposition de chaque professeur de dentisterie opératoire.

La séance est levée à 11 heures 3/4.

Séance du 22 mars 1892.

Présidence de M. Lecaudey, président.

Sont présents : MM. Barrié, Bonnard, Bertrand, Billebaut, Denis, Gillard, Gravollet, Lecaudey, Lemerle, Martinier, F. Jean, Tusseau, Paulme, Löwenthal et Viau.

M. le secrétaire des séances donne lecture du procès-verbal de la séance précédente qui est adopté sans observation.

M. Tusseau informe le Conseil de la reconnaissance d'utilité publique de l'Ecole dentaire de Paris et donne lecture d'une lettre du docteur David annonçant que le décret a été signé le 14 mars.

M. Gillard fait remarquer que la reconnaissance d'utilité publique figure à titre exceptionnel au *Journal officiel*.

Il donne lecture de la correspondance qui comprend :

1° Une lettre de M. Papot s'excusant de l'irrégularité de son service pour cause de maladie. Un certificat médical est joint à sa lettre ;

2° Une lettre du docteur Isch-Wall informant le Conseil qu'il ne peut continuer son cours d'anesthésie, le service dont il vient d'être chargé à l'hôpital Tenon lui prenant tout son temps ;

3° Une lettre de M. Cludius, de Grenoble, proposant la visite à l'Ecole du Dr Herbst, de Brême, pour y faire des démonstrations de dentisterie opératoire.

M. Gillard a répondu à M. Cludius en lui indiquant les dates auxquelles les séances pourraient avoir lieu.

Admission.

Sur sa demande, M. Cludius, de Grenoble, est admis comme membre de l'Association générale des dentistes de France.

M. Lemerle propose que les professeurs de dentisterie opératoire posent une question aux examens de fin d'année pour la dissertation écrite.

Les professeurs en question ne faisant qu'un cours pratique, la proposition de M. Lemerle n'est pas adoptée.

M. Barrié donne lecture du rapport de la commission chargée d'examiner la situation faite à l'Ecole par la reconnaissance d'utilité publique :

« La Commission nommée par le dernier Conseil et composée de MM. Gillard, Lemerle, Tusseau, Bonnard, Viau et Barrié s'est réunie au siège de la Société, le 20 février et a nommé comme président M. Gillard et comme secrétaire rapporteur M. Barrié.

» Après avoir entendu la lecture d'une lettre de M. Roger, conseiller judiciaire de la Société, consulté par M. Gillard, et adressée au directeur de l'Ecole, lettre annexée au présent rapport, une intéressante discussion à laquelle prirent part tous les membres de la Commission eut lieu et diverses propositions que nous avons l'honneur de soumettre à l'approbation du conseil de direction furent votées. Voici d'abord la lettre de M. Roger.

» Paris, 20 février 1892.

» Monsieur le Directeur,

La consécration légale dont l'Ecole et l'Hôpital dentaires de la rue Rochechouart ont été l'objet ne modifie en aucune façon les rapports

préexistants entre les différents organes de l'Association générale des dentistes ; j'ajoute même qu'il n'y a rien à changer à la situation actuelle, car elle est celle qui a été prise en considération pour vous faire bénéficier de la personnalité civile.

» Vos devoirs restent les mêmes, vos droits seuls en tant qu'Ecole et Hôpital se sont accrus par la reconnaissance d'utilité publique. L'Ecole et Hôpital dentaires forment désormais une entité juridique, une personne morale, capable d'acquérir, de transmettre, de recevoir par donations, d'ester en justice etc., comme une personne physique. Tels sont les principaux effets de la reconnaissance.

» Veuillez agréer,

Ch. Roger,
Avocat à la Cour d'appel.

» Voici maintenant les propositions que la Commission a l'honneur de soumettre à la ratification du Conseil.

1re Proposition.

» Convocation immédiate de l'Assemblée générale aussitôt le décret rendu pour notifier à ses membres la reconnaissance d'utilité publique.

» Demander dans la même séance la confirmation des nouveaux pouvoirs des membres du conseil pour la raison suivante.

» Par suite de la reconnaissance d'utilité publique de l'Ecole et du dispensaire dentaires libres de Paris la séparation effective des deux sociétés s'impose :

» 1° La Société civile de l'Ecole et dispensaire d'une part;

» 2° L'Association générale des dentistes avec ses diverses branches : Société d'odontologie, Syndicat professionnel etc. d'autre part; nécessitant par conséquent deux Conseils distincts et deux comptabilités différentes.

» C'est pour la simplification des questions d'administration et de comptabilité qu'un seul Conseil existe pour les deux sociétés, qu'il n'y a qu'une seule cotisation pour les membres de l'Association.

» Après chaque renouvellement partiel ou total du Conseil de direction, M. Godon demandait à l'assemblée après le vote, la confirmation des pouvoirs pour le nouveau Conseil pour ce qui avait rapport à l'administration de l'Association générale des dentistes, demande de pure forme, puisqu'il était sous-entendu avant le vote que les deux Sociétés n'avaient qu'un seul et même Conseil chargé de leurs intérêts respectifs.

» Nous demanderons donc à l'assemblée de confirmer au Conseil actuel les mêmes pouvoirs que par le passé, jusqu'au mois d'octobre, époque à laquelle nous demanderons la nomination de deux conseils.

2e Proposition.

» Envoi d'une brochure à tous les membres de l'Association, indiquant la composition du nouveau Conseil avec les changements apportés dans les statuts, le titre de dispensaire ou clinique au lieu d'Hôpital etc., changements imposés par le Conseil d'Etat et voté par l'Assemblée générale du 24 novembre 1891.

3e Proposition.

» Réunion d'une seconde assemblée générale au mois de mai, pour entendre le rapport de la Commission des finances chargée, avec l'expert, de mettre à jour la comptabilité passablement embrouillée.

» Il sera proposé ensuite à la même assemblée générale de procéder au renouvellement partiel du Conseil au mois d'octobre, afin de faire coïncider les comptes de trésorerie avec la fin de l'année scolaire.

» Il est absolument illogique d'avoir adopté le mois de janvier. En pre-

nant cette date rien n'est exact : nous avons un budget fictif, mal équilibré, à cheval sur 2 années. Les brochures, les tableaux figurant à l'école et chez les fournisseurs dans l'annuaire médical etc., indiquant la composition du corps enseignant et surtout celle du Conseil sont contraires à la réalité : nous en avons cette année un exemple frappant. »

Le Conseil vote l'adoption de ce rapport et l'envoi d'une brochure indiquant les modifications apportées à la Société par le fait même de la reconnaissance.

M. Gillard fait remarquer que si l'Ecole dentaire a été reconnue d'utilité publique, elle le doit à l'appui de M. le docteur David ; en conséquence il propose de nommer le docteur David directeur et professeur honoraire.

Cette proposition est adoptée à la majorité.

M. Tusseau informe le Conseil que M. Ronnet ne fait plus son service d'anesthésie depuis plusieurs semaines.

M. Viau accepte de faire ce service le mardi et à titre provisoire.

M. Martinier, au nom de M. Touchard, propose que le titre de « chef de laboratoire de prothèse » soit remplacé par celui de « professeur suppléant de prothèse pratique » ; à l'appui de sa proposition il fait valoir l'équivalence des concours.

Cette proposition est adoptée.

M. Martinier, en qualité de trésorier du journal *l'Odontologie*, informe le Conseil qu'il présentera ultérieurement un rapport, les renseignements qui lui ont été donnés par M. Dubois ayant été jugés par lui insuffisants.

Sur la proposition de la commission des examens l'élève Lallemand est admis à passer en 2me année.

Le Conseil décide que la prochaine assemblée générale aura lieu en mai.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Séance du 12 avril 1892.

Présidence de M. Lecaudey, président.

Sont présents : MM. Barrié, Bertrand, Billebaut, Billet, Bonnard, Denis, Gillard, Francis Jean, Lecaudey, Lemerle, Löwenthal, Martinier, Paulme, Quincerot, Touchard et Viau.

M. le Secrétaire des séances donne lecture du procès-verbal de la séance précédente qui est adopté sans observation.

M. Lecaudey fait part au Conseil de la perte douloureuse et inattendue que vient de faire l'Ecole en la personne du Dr David, ancien directeur, qui, bien que n'ayant plus à l'Ecole un rôle actif, n'en avait pas moins conservé toutes ses sympathies.

Les récents événements survenus à l'occasion de la réglementation de l'art dentaire en ont fourni une nouvelle preuve.

En conséquence M. Lecaudey propose de lever la séance en signe de deuil.

Le Conseil approuve cette proposition à l'unanimité et désigne le bureau pour se faire représenter aux obsèques. Le Conseil vote ensuite un crédit pour l'achat d'une couronne.

Avant de lever la séance, le Conseil, sur la proposition de *M. Lecaudey,* nomme M. Quincerot secrétaire des séances en remplacement de M. Bonnard, démissionnaire de cette fonction pour raisons personnelles.

La séance est levée à 9 h. 1/2.

Le secrétaire correspondant,
Francis JEAN.

RAPPORT SUR LA SITUATION FAITE A L'ÉCOLE PAR LA RECONNAISSANCE D'UTILITÉ PUBLIQUE

Présenté au nom du Conseil de direction par M. TUSSEAU secrétaire général.

Messieurs,

Depuis la création des diverses institutions comprises actuellement sous le nom d'*Association générale des dentistes de France* les différents Conseils de direction qui se sont succédé à sa tête ont toujours eu en vue la reconnaissance d'utilité publique de la société et ont employé tous leurs efforts à l'obtenir. Cette insistance bien légitime et qui se rencontre dans la plupart des associations s'explique par les avantages matériels et moraux attachés à cette reconnaissance.

Une œuvre qui en bénéficie possède, en effet, l'existence civile dont sont dépourvues celles qui n'ont pas été reconnues, elle est apte à recevoir les legs, dons et souscriptions qu'on est toujours prêt à donner quand il s'agit d'une institution ayant déjà fait ses preuves et présentant certaines garanties de durée, à transmettre, à acquérir et à ester en justice comme un être physique. La notoriété qui accompagne toujours l'estampille officielle et administrative est, de son côté, un bien qui n'est pas contestable. Enfin, la reconnaissance implique une sorte de récompense des efforts faits et une consécration du but poursuivi : c'est en un mot l'être concédé à ce qui était considéré comme le néant.

Cela suffit à montrer la justesse du désir manifesté à maintes reprises, par ceux qui avaient mission de vous administrer, la persistance mise à le voir se réaliser et les tentatives répétées pour obtenir l'approbation ministérielle.

En présence des résultats obtenus et après un temps d'épreuves qu'elle a jugé sans doute suffisant, l'Administration s'est décidée à nous donner satisfaction et nous avons eu le plaisir de voir exaucer notre vœu.

Il importe à cette occasion de rendre publiquement hommage à tous ceux qui ont été placés à notre tête depuis dix ans et qui ont fait de l'obtention de la reconnaissance leur préoccupation constante. Je suis certainement assuré d'exprimer vos sentiments en attribuant une bonne part de ce succès à notre ancien directeur, le Dr David, qu'une mort prématurée a enlevé à la science et à nous-mêmes.

Mais le décret du 19 février 1892, qui reconnaît d'utilité publique la *Société civile de l'Ecole et du dispensaire dentaires de Paris*, crée à l'Association générale des dentistes de France une situation nou-

velle qui nécessite des remaniements importants dans le groupement des divers organes dont elle se compose. Il importe donc de vous exposer un nouveau système d'organisation en même temps que les raisons qui militent en sa faveur.

Tout d'abord il convient de se pénétrer que, par le fait même de la reconnaissance, le groupement actuel ne saurait être conservé. Deux de nos principaux organes ont reçu, en effet, ainsi une vie propre et indépendante, sont régis par un réglement particulier et ont besoin, par suite, de ressources spéciales. D'où l'impérieuse obligation de les détacher du reste et d'en faire un organisme à part. Ces deux organes ayant, aux yeux de la loi, un caractère que les autres ne possèdent point, puisqu'ils sont et que les autres ne sont pas, ne peuvent rester agrégés à eux et doivent être érigés en corps distinct. Une réglementation propre leur étant imposée par la loi, qui, en revanche, laisse les autres libres, il faut que leur action soit une, distincte, sauf à donner aux autres organes une vie et une organisation parallèles et similaires.

La question de la séparation tranchée, reste celle du groupement. Le Conseil de direction l'a étudiée également et s'est prononcé pour le système suivant :

1° d'une part, l'Association générale des dentistes de France comprenant en outre le Syndicat professionnel, la Caisse de prévoyance et le journal l'*Odontologie;*

2° d'autre part, la Société civile de l'Ecole et du dispensaire dentaires de Paris, comprenant en outre la Société d'odontologie, le musée et la bibliothèque.

Voici maintenant les motifs qui ont amené le Conseil de direction à l'adopter.

Nos deux organes les plus intéressants sous le double rapport scientifique et professionnel étant le journal et la Société d'odontologie, il importait de les diviser et d'en affecter un à chaque groupement. De cette façon les deux sectionnements présenteront également de l'intérêt et de l'attrait pour les membres de la profession qui, dès lors, n'hésiteront pas à s'associer à tous les deux. Si, au contraire, le journal et la Société d'odontologie avaient été attachés à l'Association, il ne serait pas resté suffisamment d'éléments à la Société civile et il n'y aurait eu aucune raison pour que les dentistes — surtout ceux de province, qui maintenant sont seulement membres correspondants et n'ont plus le droit de vote — en fissent partie.

D'un autre côté, la Société civile, en tant que branche de l'Association, touchait, dans l'ancienne organisation, 50 0/0 des cotisations de l'Association générale, si le régime nouveau la plaçait en dehors de celle-ci, elle n'aurait plus ces ressources, d'où résulterait une perte pour l'Ecole. C'est là un point capital qui ne peut être négligé.

De plus, avec la division qui vous est soumise, il sera loisible de faire partie de l'un ou l'autre des groupes, sans être obligé d'appartenir aux deux, comme c'est le cas actuellement.

Quant à l'adjonction du musée et de la bibliothèque à la Société civile, elle a été inspirée par la pensée que tous les dons faits, toutes

les collections ou pièces offertes sont plus spécialement destinés à l'Ecole et à l'enseignement.

Il va de soi maintenant que la dualité qui régnera dans nos diverses créations nécessitera deux administrations distinctes ou plutôt deux Conseils de direction, un pour chaque groupement, composés de 20 membres chacun, conformément aux statuts actuels. Il n'est pas admissible, en effet, qu'un seul Conseil dirige deux sociétés séparées l'une de l'autre, avec des ressources différentes, une vie propre et un fonctionnement spécial.

Le bureau du Conseil de direction de l'Association se composerait d'un président, de deux vice-présidents, d'un secrétaire général, d'un secrétaire correspondant et de deux secrétaires des séances. Ce bureau serait également celui du Syndicat professionnel et de la Caisse de prévoyance, trop peu importants par eux-mêmes pour en comporter chacun eux.

De son côté, le bureau du Conseil de direction de la Société civile comprendrait un président, directeur de l'Ecole, un vice-président, directeur-adjoint, un second vice-président, un secrétaire général, un secrétaire des séances, un trésorier, un bibliothécaire, un conserteur du musée, un économe, un bibliothécaire-adjoint et un conservateur du musée adjoint.

La coexistence des deux Conseils aura pour conséquence nécessaire des assemblées générales annuelles distinctes, puisque c'est dans celles-ci qu'il est procédé aux élections. Nous vous proposons à cet égard de conserver en janvier celle de l'Association et de fixer, dans une prochaine assemblée générale extraordinaire de la Société civile, qui sera tenue pour l'adoption du règlement intérieur, conformément à l'article 20 des nouveaux statuts de la Société civile, la date de celle de la dite Société. L'époque que le Conseil préférerait dès à présent serait le dernier mardi de septembre ou bien l'un des deux premiers mardis d'octobre.

Comme pour les autres changements qui vous sont soumis aujourd'hui le Conseil de direction n'a pas choisi arbitrairement et sans raison les dates précitées. Pour que le trésorier établisse et dépose un bilan sérieux et un état exact et complet des recettes et des dépenses, il est nécessaire que ces documents soient dressés avant la rentrée des élèves qui, d'après le nouveau règlement, paient en entrant en espèces ou en traites, c'est-à-dire en octobre. Or lorsque ces situations sont établies en janvier, on voit figurer à l'encaisse, par suite des recettes effectuées de ce chef, une somme importante, tandis que, pour les neuf mois d'exercice qui restent à s'écouler, ce chiffre est à peu près nul pour les dépenses correspondantes. Avec ce système on se trouve en présence d'un bilan fictif. Au contraire, si le budget est présenté avant la rentrée, c'est-à-dire en octobre, il donnera une idée juste des finances de la société.

D'autre part, la brochure annuelle publiée en octobre mentionne les bureaux qui sont en fonctions depuis le mois de janvier précédent, c'est-à-dire depuis neuf mois, et soumis à la réélection au mois de janvier suivant, c'est-à-dire trois mois après. Cette brochure n'est

donc exacte que pour trois mois et pourtant elle n'est remplacée que douze mois après ! Quant à changer la date de sa publication, il n'y faut pas songer, puisque c'est l'accompagnement obligé de la réouverture des cours et que tous les établissements d'enseignement font paraître les leurs à l'époque de la rentrée. Au contraire, avec le changement qui vous est demandé, c'est-à-dire avec l'assemblée générale annuelle de la Société civile fin septembre ou au commencement d'octobre, la brochure se publiant quelques jours après indiquera pour toute l'année scolaire le Conseil de direction et les divers fonctionnaires en exercice.

Une autre conséquence de la séparation, c'est la division des membres et leur répartition sur d'autres bases.

L'Association générale comprendra des membres titulaires, de Paris, de la province et de l'étranger, des membres honoraires ayant la même origine et les fondateurs du cercle des dentistes (avril 1879).

La Société civile se composera de membres titulaires, c'est-à-dire domiciliés dans le département de la Seine et ayant seuls le droit de vote, de membres correspondants, c'est-à-dire résidant en province ou à l'étranger, de membres honoraires et de bienfaiteurs de l'Ecole, les uns et les autres indistinctement de Paris, de la province et de l'étranger, enfin de membres fondateurs de l'Ecole (mai 1880).

Les finances de chaque groupement se trouveront, de leur côté, absolument distinctes ; cela découle forcément du sectionnement. Chaque société aura un trésorier ne s'occupant que de ses propres finances; il y aura donc des caisses et des comptabilités spéciales.

Conformément aux statuts, la cotisation de la Société civile sera de 10 fr. par membre et par an.

Pour l'Association générale elle ne sera plus que de 10 fr. également par membre et par an, au lieu de 20 fr. comme actuellement. Les membres de l'Association auront seuls droit au journal l'*Odontologie* sans payer de supplément.

Ces cotisations seront les unes et les autres exigibles dans le premier trimestre de l'année.

Pour les personnes faisant partie des deux Sociétés en même temps, la cotisation de la Société civile devra être versée pendant le trimestre de janvier, et celle de l'Association pendant celui de juillet pour que le mode de perception actuel reste le même.

Tels sont les changements les plus importants qu'entraîne le nouvel état de choses et que le Conseil de direction a cru devoir vous soumettre aujourd'hui : ce sont ceux qui touchent à l'essence même de nos institutions et qu'il était urgent de vous présenter. Quant à ceux qui portent sur des points de détail ou qui se traduisent par de simples modifications aux statuts de l'Association générale résultant des propositions qui vous sont faites et sur lesquelles vous allez stasuer, ils vont être préparés par le Conseil de direction et vous seront loumis à l'assemblée de janvier. Par contre, toutes les questions retatives à la Société civile nécessitant une solution et une décision de votre part seront examinées dans une assemblée générale extraordinaire qui aura lieu très prochainement.

Le Conseil de direction espère que vous voudrez bien prendre en considération les propositions qui font l'objet du présent rapport et, après en avoir abordé la discussion, les sanctionner par un vote. Quant à moi, qui ai reçu mission de les mettre par écrit, je m'estimerai heureux si j'ai pu le faire fidèlement et ne rien omettre des arguments capables d'obtenir votre approbation.

L'ART DENTAIRE EN RUSSIE

Traduction de M. Joseph.

Voici le règlement édicté par le Conseil médical le 1er février 1892 concernant l'enseignement des élèves par les dentistes et l'obtention du diplôme de dentiste en Russie :

1° La faculté de former des élèves est conférée par l'inspecteur médical de la localité aux dentistes renommés ; le nombre d'élèves sera proportionné au nombre des malades ;

2° Les dentistes ne doivent inscrire officiellement comme élèves que des personnes ayant atteint 17 ans au moins ;

3° Le dentiste doit informer le bureau médical de la localité de l'inscription de tout élève entré chez lui en apprentissage.

4° Chaque dentiste est tenu de rapporter à la fin de chaque année au bureau médical des renseignements sur le nombre des malades consultés dans le cours de l'année, sur celui de ses élèves, avec une note mentionnant les progrès de chacun d'eux et les opérations exécutées par eux sur les vivants;

5° Les élèves sur les progrès desquels il n'y aurait aucun renseignement dans le rapport annuel du dentiste seront considérés comme ayant suspendu leurs études. Chaque élève peut s'informer au bureau médical si les renseignements concernant ses études ont été rapportés par le dentiste;

6° Lorsque l'élève quitte le dentiste dans le cours de l'année, celui-ci est obligé d'en informer le bureau médical et de présenter un certificat attestant les études que l'élève a faites pendant son apprentissage chez lui ;

7° Lorsque l'élève présente un certificat de dentiste justifiant que les 3 ans d'études nécessaires sont accomplis, le bureau médical de la localité, afin de juger de la préparation technique de l'élève, lui fait subir un examen préalable. Cet examen préalable se passe devant une commission spéciale présidée par l'inspecteur médical et composée de deux médecins et de deux dentistes désignés par le président;

8° L'élève désirant subir les épreuves est tenu de payer au bureau médical la somme de 15 francs environ comme compensation des substances employées pour l'examen ;

9° Les épreuves ont lieu dans le local des écoles dentaires. Dans les villes où il n'existe pas d'école dentaire, les épreuves sont subies au domicile d'un des dentistes-membres de la Commission des examens. Ces épreuves consistent dans l'exécution de deux travaux usuels de prothèse dentaire et de dentisterie opératoire suivant le programme établi ;

10° C'est après des épreuves satisfaisantes que le Bureau médical ratifie le certificat donné par le dentiste. Ainsi approuvé par la Commission des examens, ce certificat confère le droit de passer les examens pour le titre de dentiste, dans une des facultés médicales de l'Empire ;

11° L'élève qui, pour la première fois, a échoué aux examens de la Faculté, a le droit de se présenter une seconde fois pour subir des épreuves. Si l'élève échoue pour la seconde fois, *il est reconnu incapable pour la profession de dentiste. Il est privé désormais du droit de passer les examens pour l'obtention du diplôme de dentiste.*

(Revue de médecine dentaire de St-Pétersbourg.)

CONGRÈS DENTAIRE UNIVERSEL DE CHICAGO EN 1893

EXTRAIT DES DÉCISIONS PRISES PAR LE COMITÉ EXÉCUTIF GÉNÉRAL

Le droit d'admission au congrès est fixé à 10 dollars, payables seulement par les résidents des Etats-Unis.

Le rôle du Comité d'invitation est d'inviter les notabilités scientifiques des Etats-Unis et des autres pays qui n'appartiennent pas à la profession mais qui, par leurs connaissances dans certaines branches de la science, ajouteront de l'interêt au Congrès.

Le Comité des membres prononcera sur toute demande d'admission qui lui sera faite par le comité d'inscription ou par le trésorier.

Les membres comprendront des dentistes qualifiés et de renom habitant les Etats-Unis, tous les dentistes étrangers qualifiés par les lois du pays d'où ils viendront et les notabilités scientifiques invitées par le comité d'invitation.

Le Comité des communications invitera diverses personnes à préparer des travaux à présenter au Congrès.

Toutes les communications à lire devant le Congrès devront être entre les mains du Comité d'impression au moins 6 mois avant la date de réunion du Congrès et ne devront pas durer plus de 45 minutes. Le dit Comité aura plein pouvoir d'admettre ou d'exclure les communications, de les reviser ou d'en demander la révision à leurs auteurs, et de publier ou non dans les comptes rendus la totalité ou des parties ou même des résumés de celles-ci.

Le Comité des expositions se chargera des diverses expositions des fournisseurs et de toutes autres analogues.

Le Comité de transport s'occupera des transports par chemin de fer et par bateaux à vapeur et tâchera d'obtenir les meilleures conditions possibles pour les membres du Congrès tant aux Etats-Unis que dans les autres pays.

Le Comité de réception sera chargé de l'installation de tous les membres du Congrès et particulièrement de ceux des pays étrangers.

Le Comité d'inscription enregistrera toutes les personnes désireuses d'être membres du Congrès et ayant qualité pour en faire partie.

Le Comité de l'histoire et de la législation dentaires aux Etats-Unis et dans les autres pays rassemblera les documents relatifs

à la législation dentaire dans tous les pays depuis l'origine jusqu'au temps présent et présentera un rapport complet au Congrès.

Le Comité d'audition entendra tous rapports et tous projets du Congrès avant de les soumettre à la signature du président et du secrétaire du Comité exécutif général.

Le Comité des expositions d'enseignement et de littérature organisera une exposition montrant les résultats obtenus par les diverses méthodes d'enseignement dentaire dans le passé et dans le présent, ainsi qu'une exposition des travaux littéraires de la profession.

Le Comité des démonstrations de dentisterie opératoire et de chirurgie buccale assurera des démonstrations pratiques de toutes les méthodes importantes ou nouvelles.

Il en sera de même du Comité de prothèse dentaire, mais il se bornera à la prothèse.

Le rôle du Comité d'installation consistera à installer les divers comités et les diverses démonstrations.

L'histoire de la dentisterie aux Etats-Unis est confiée à un Comité spécial portant ce nom comme représentant un ensemble considérable.

Obtenir et rassembler des renseignements pour provoquer, par des efforts organisés, la nomination de chirurgiens-dentistes dans les armées et les marines du monde, tel sera le soin du Comité désigné pour cela.

Le Comité des soins des dents à donner aux pauvres devra s'efforcer de proposer un moyen pratique pour assurer des soins de bouche gratuits aux pauvres gens.

Une médaille devant être décernée à l'auteur du meilleur travail sur l'hygiène dentaire, le Comité des récompenses décidera du mérite des communications et choisira celle digne de cette récompense.

Le Comité de publication préparera les matières à insérer dans les journaux dentaires.

Les langues officielles du Congrès sont l'anglais, le français, l'espagnol et l'allemand ; les communications seront imprimées dans les comptes rendus dans la langue où elles auront été faites.

Quand une communication aura été acceptée, le Comité préparera une courte analyse qui sera publiée dans les langues officielles du Congrès.

Tout membre du Congrès qui souscrira une somme de 20 dollars recevra les comptes rendus du Congrès s'il n'y assiste pas, et s'il y assiste le versement ne sera que de 10 dollars.

Tout membre souscripteur de 30 dollars ou plus recevra, en outre, la médaille commémorative qui sera frappée.

Tout membre souscripteur de 10 dollars recevra les comptes rendus s'il n'assiste pas au Congrès, mais paiera en plus le droit d'admission de 10 dollars s'il y assiste.

Les fonds restant en caisse après payement de toutes les obligations seront versés à l'Association dentaire de protection des Etats-Unis.

Un local spécial a été offert et accepté dans le Palais des Arts sur le lac du milieu pour les séances du Congrès dentaire de Chicago qui dureront du 16 au 27 août 1893.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Poudre dentifrice préservatrice. — II. Menthol chloral-camphré. — III. Nocuité de l'acide salicylique. — IV. Moyen de dissoudre l'iodoforme. — V. Réaction de l'iode. — VI. Pommade pour les chasseurs et les alpinistes. — VII. La gutta-percha comme véhicule des médicaments.

I. — Poudre dentifrice préservatrice

Chaux précipitée	48 gr.	60
Carbonate de magnésie	1	81
Borax	1	94
Savon d'amande en poudre	4	54
Savon d'iris en poudre	4	92
Thymol	0	06
Camphre	0	32
Huile de menthe	50	gouttes
— girofle	25	—
— citron	25	—
— d'eucalyptus	25	—
Créosote ou acide phénique	10	—

Mélanger complétement les poudres. Dissoudre le thymol et le camphre dans l'alcool en q. s. et l'ajouter, puis ajouter les autres ingrédients et bien mêler le tout ensemble.

(*British Journal of Dental Science.*)

II. — Menthol-chloral camphré

Menthol	10
Hydrate de chloral	10
Camphre	10

Très efficace contre les douleurs dentaires le rhumatisme et les névralgies.

On mélange les trois produits, en triturant sans aucune autre intervention et on obtint un produit liquide.

(*Pharm. Post et Bolletino chimico-farmaceutico.*)

III. — Nocuité de l'acide salicylique

Le Conseil sanitaire supérieur de Vienne est d'avis que l'usage répété des gargarismes contenant des solutions d'acide salicylique peut nuire aux dents et aux gencives.

(*Odontologie Journal.*)

IV. — Moyen de dissoudre l'iodoforme

L'iodoforme se dissout plus facilement dans l'alcool et l'éther si l'on y a déjà fait dissoudre du camphre.

L'alcool ne dissout qu'un et quart 0/0 d'iodoforme, tandis qu'une solution saturée de camphre en absorbe 10 0/0.

(*Zahntechnische Reform.*)

V. — Reaction de l'iode

La présence de l'iode dans les solutions d'iodure de potassium neutres ou acides peut être reconnue à l'aide de quelques gouttes de chlorure de platine qui donne une belle coloration rouge. Dans les solutions concentrées on obtient un précipité brun ou noir.

(*Western Druggist, la terapia moderna.*)

VI. — Pommade pour les chasseurs et les alpinistes

Savon	50
Suif	50
Alcool camphré	25
Vinaigre	25

Contre les ampoules formées à la suite de marches forcées ou à cause de chaussures défectueuses.

(*Giornale di farmacia et di chimica.*)

VII. — La gutta-percha comme véhicule des médicaments

La gutta-percha, ramollie dans l'eau bouillante à laquelle on a ajouté un peu de glycérine, retient efficacement quelques médicaments tels que le tannin, le perchlorure de fer, l'acide phénique, l'acide benzoïque, les sels de mercure et autres antiseptiques. La masse obtenue est ramollie à l'eau chaude, puis transformée en cylindres, crayons, plaquettes, etc. Ces préparations, réduites à l'état de petits disques peuvent être employées comme emplâtres.

(*Bolletino chimico-farmaceutico.*)

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

NOUVELLE LAMPE A SOUDER A ESSENCE MINÉRALE ET A FLAMME RÉGLABLE DITE « L'INEXPLOSIBLE LONGUEMARE ».

Par M. Masson.

L'appareil représenté par les dessins ci-dessous a été étudié dans le but d'éviter les explosions et de réunir, sous le plus petit volume, les meilleures conditions de sécurité et de fonctionnement.

Les principaux avantages de cette lampe peuvent être ainsi résumés :

1° Sécurité. Dans le fonctionnement de l'appareil, l'essence, prise à froid et sans pression au départ, se transforme progressivement jusqu'à l'état de vapeur sèche en pression.

Quelle que soit la marche donnée à la lampe, ouverte entièrement, à moitié fermée ou en veilleuse, la pression ne dépasse pas 3/5 d'atmosphère ;

2° La température fournie atteint 1.200 degrés et rougit facilement les petits outils employés dans la mécanique. Elle permet aux plombiers, gaziers, ferblantiers, d'exécuter toutes les soudures et de les terminer avec facilité en employant la demi-marche. Elle se prête aussi bien aux diverses exigences de travail des peintres, souffleurs

de verre, bijoutiers, télégraphistes, dentistes, etc., en modifiant, au besoin, la forme de la sortie du tube projecteur de flamme, qui peut être plate pour brûler la peinture par exemple ou aiguë pour les travaux de verrerie.

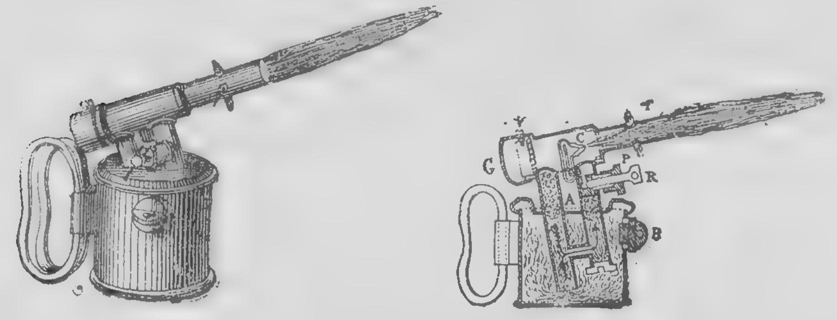
Elle peut se tenir dans toutes les positions et rester indéfiniment en veilleuse sans aucun danger, mais pour la retourner entièrement, le mode de chauffage n'agissant que sur le dessus du liquide, il faudra attendre quelques minutes pour que tout le liquide soit également chauffé;

3° La lampe construite en trois grandeurs fournit en marche entière, suivant la qualité du liquide, des durées de :

N° 1	de 1 heure	à 1 heure 15
2	de 1 — 30	à 1 heure 50
3	de 1 —	à 2 heures 20

La force de la flamme est la même dans les 3 N°s, sa dépense varie de 6 à 10 centimes l'heure, d'après le prix de l'essence.

L'économie réside non seulement dans le peu de dépense du liquide combustible, mais aussi dans la longue durée de flamme qu'on peut obtenir de la lampe, sans interruption dans le travail, contrairement aux appareils similaires, qui nécessitent des remplissages fréquents.



Description.

Tout le système est établi sur une capacité cylindrique munie d'une poignée mobile et d'un bouchon de remplissage B. La partie supérieure est repoussée de manière à former une cuvette A dans laquelle on verse le liquide réchauffeur, essence ou alcool à brûler de préférence.

La cuvette A est traversée avec joints absolument étanches par deux tubes parallèles et inclinés qui communiquent entre eux par un tube d'intercommunication qui conduit le liquide aspiré du tube abducteur à celui servant de générateur de vaporisation.

Le tube abducteur est bourré de mèche en amiante à sa partie supérieure jusqu'en dessous du niveau de la cuvette A et de mèches ordinaires ensuite qui s'échappant par l'ouverture inférieure du tube, viennent s'épanouir dans l'intérieur du récipient, jusque vers sa partie supérieure.

Le tube générateur de vaporisation est fermé à sa partie inférieure,

il est garni d'amiante et de mèche ; à sa partie supérieure se trouve une toile métallique servant à retenir les corps étrangers qui pourraient obstruer l'appareil, puis se trouvent la chambre du régulateur, la chambre de surchauffe et enfin le chalumeau.

Mise en marche.

S'assurer que le régulateur R est fermé (en le vissant à fond de gauche à droite) et que le trou du chalumeau C n'est pas obstrué.

Remplir entièrement la lampe d'essence minérale chaque fois qu'on veut s'en servir.

Visser très fortement le bouchon de fermeture B à l'aide d'une tige en fer.

Verser une petite quantité d'alcool dans la cuvette A (environ la moitié) et l'allumer.

Ouvrir progressivement la vis du régulateur R lorsque l'appareil a été chauffé un peu et avant que l'alcool soit entièrement consumé.

Allumer le gaz à l'extrémité du tube T, s'il ne l'est déjà par la flamme de l'alcool d'amorçage.

Ouvrir ensuite entièrement le régulateur R, c'est-à-dire d'un demi-tour au plus.

Pour éteindre, serrer à fond le régulateur.

Recommandations.

N'employer que de l'essence minérale de bonne qualité, pesant généralement de 700 à 710 grammes le litre, ou de la gazoline ; le pétrole doit être absolument exclus.

L'emploi de l'alcool, comme liquide d'amorçage, est préférable à celui de l'essence qui salit, encrasse rapidement l'appareil et peut même obstruer la sortie du chalumeau.

La façon d'amorcer la lampe ne produisant de chaleur qu'à sa partie supérieure, il faut absolument la remplir d'essence, même quand, après un premier travail, tout le liquide n'a pas été consumé. On obtient ainsi un allumage plus rapide et on ne s'expose pas à surchauffer inutilement son appareil.

Si la lampe, après avoir été amorcée et chauffée comme d'habitude, n'entre pas en fonction, ou si, étant en marche, elle s'éteint brusquement, dévisser la partie mobile du tube conducteur de flamme T et déboucher le trou du chalumeau C, en y introduisant la pointe d'une aiguille fine, mais en évitant de l'agrandir, ou mieux un petit fil d'acier, qui ne peut se casser dans le trou ni l'agrandir. (Un échantillon de ce fil est remis avec chaque lampe). Cette sortie du chalumeau, devant toujours rester très petite, s'encrasse facilement. Il faut s'assurer de temps en temps qu'elle n'est pas bouchée et l'entretenir toujours en parfait état de propreté.

Si la lampe produit une flamme blanche et lance du liquide, elle n'a pas été suffisamment chauffée, il faut fermer le régulateur et l'amorcer de nouveau.

Si une petite fuite se déclare autour de la vis du régulateur, visser un peu le presse-étoupe P, pour comprimer la garniture d'amiante qui s'y trouve en se servant de la clef

Si enfin, après avoir observé toutes ces recommandations, on n'obtient pas un résultat satisfaisant, s'assurer si l'essence n'est pas éventée ou ne pèse pas plus de 710 grammes.

La position « en veilleuse », très économique pendant la préparation d'un autre travail, suppose toujours une petite flamme bleue, mais non blanchâtre et fumeuse.

Toutes les parties mobiles de la lampe peuvent être remplacées en indiquant le n° d'ordre poinçonné au milieu de la marque de fabrique.

BIBLIOGRAPHIE

Par M. Broussilovsky

Ce qu'il faut entendre par résorption progressive des arcades alvéolaires et de la voûte palatine (Thèse de Paris, P. Carrière, 1892).

La maladie dont s'occupe l'auteur de cette remarquable thèse doit éveiller tout particulièrement l'attention des dentistes qui pourraient laisser échapper les occasions dans leur pratique. Pour ma part, j'avais une malade dont les symptômes m'expliquent à présent la maladie, analogue à celle que traite M. Carrière. Il ne sera pas inutile de faire un résumé de la thèse. D'après l'historique,

« l'a résorption des arcades alvéolaires et de la voûte palatine n'est connue que depuis 1868. A cette époque M. Labbé lut devant la Société de Chirurgie l'observation d'un malade qui perdit successivement toutes ses dents, dont le rebord alvéolaire du maxillaire supérieur avait entièrement disparu. »

Des faits identiques furent observés par Dolbeau en 1869, Dubreuil en 1871, par M. Duplay. Le professeur Joffroy, sur 10 ataxiques, rapporte 3 cas de la même maladie.

Dans cette affection,

« trois altérations bien tranchées se montrent en même temps : chute spontanée des dents, résorption du rebord alvéolaire, résorption de la voûte palatine. »

Le début est caractéristique : pas de douleurs dentaires, pas de névralgie faciale, aucune inflammation antérieure, pas d'écoulement de pus. Une dent de la mâchoire supérieure branle dans son alvéole, le malade ne souffre pas, mais cette dent le gêne : il l'arrache sans effort. De la même manière tombent les autres dents. Après la mâchoire supérieure vient la mâchoire inférieure. Il faut noter que les dents tombées, comme les dents qui restent, sont saines et ne présentent pas de carie. D'après les observations de MM. Labbé, et Lannelongue, la muqueuse buccale reste insensible dans un grand nombre de points. Dans un cas,

« au niveau du rebord gingival anesthésie complète à la piqûre. On traverse avec une épingle le repli de la muqueuse à ce niveau. On fait sourdre 2 ou 3 gouttes sanguinolentes sans que le patient trahisse la moindre douleur. On promène tour à tour un corps arrondi et un corps pointu, sans qu'il distingue l'un de l'autre. On appuie alternativement le manche de 2 cuillères, l'une froide, l'autre chaude : même résultat. Les autres symptômes de *cette affection singulière des arcades alvéolo-den-*

taires, comme l'a dénommée M. Labbé, sont les troubles de la parole, de la mastication, de la déglutition etc. »).

Quelle est la cause de cette affection? Les observations restreintes qu'on possède donnent le droit de faire une hypothèse et c'est tout.

M. Carrière critique toutes les hypothèses et en reste là. Est-ce une résorption sénile? Faut il invoquer la tuberculose, la syphilis, l'ataxie locomotrice, comme l'admet M. Manoha?

« Nous ne pouvons donner une pathogénie exacte, scientifique de cette affection. Mieux vaut, si l'on veut essayer de l'expliquer, s'en tenir à l'hypothèse *d'une altération du nerf trijumeau.* »

Pour terminer nous empruntons quelques conclusions qui peuvent intéresser :

« Il existe dans la science médicale quatre observations de résorption progressive des arcades alvéolo-dentaires et de la voûte palatine. A côté de ces quatre observations, il en existe d'autres qui s'en rapprochent par certains côtés, qui par d'autres en diffèrent. Ces faits-là s'observent dans l'ataxie. Ils paraissent plus fréquents qu'on ne l'écrit. Ils s'en rapprochent et par la marche de la maladie et par l'analogie des lésions dentaires et des troubles de sensibilité.

« Les deux groupes d'affections dissemblables paraissent dûs à des altérations du nerf trijumeau fait certain dans l'ataxie, fait seulement *probable* dans la résorption progressive. »

A quoi est due cette trophonévrose? On l'ignore.

NOUVELLES

Le *Moniteur officiel* de l'empire d'Allemagne a publié la liste des médecins, médecins-dentistes, pharmaciens et vétérinaires approuvés pendant l'année scolaire 1890-1891. On relève parmi ces chiffres 64 médecins-dentistes en Prusse, 14 en Bavière, 13 en Saxe, 2 dans le duché de Bade, 2 dans la Hesse, 1 en Alsace-Lorraine.

Le ministre de l'Intérieur d'Autriche a rendu un décret recommandant aux magistrats municipaux des communes d'exercer une surveillance rigoureuse sur la facon dont sont écrites les ordonnances des médecins relevant de leur juridiction. Ils doivent s'assurer que toutes les prescriptions sont écrites d'une manière lisible, claire et nette, sans qu'il puisse y avoir de doute sur la nature et la dose des médicaments ni sur la signature. (*Bolletino chimico-farmaceutico.*)

Notre sympathique confrère, M. J. Tusseau, secrétaire général de l'Association des dentistes de France, a célébré le 7 de ce mois son mariage avec Mlle Bridou, fille du Dr Bridou.

Nous adressons à cette occasion toutes nos félicitations aux jeunes époux et nous les accompagnons de tous nos vœux de prospérité.

Nous apprenons avec plaisir la nomination de M. L. Levadour fils comme chirurgien-dentiste de la préfecture de police et celle de M. Trallero comme chirurgien-dentiste de l'hôpital de Cette. Toutes nos félicitations à nos deux confrères.

VOL. 12. **Paris, Juillet 1892** N° 7.

TRAVAUX ORIGINAUX

CONSIDÉRATIONS RELATIVES A L'ACTION DU TARTRE SUR LES TISSUS DENTAIRES

Par M. P. POINSOT,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

On ne tient peut-être pas suffisamment compte pour l'explication de certaines lésions dentaires d'un phénomène physiologique d'une réelle importance au point de vue de la nutrition et de la conservation de la dent. Comme le tégument externe en général, elle est le siège d'une exhalation continue, analogue à la perspiration cutanée dont les voies habituelles sont très probablement des canalicules de l'ivoire. J'ai observé passablement de faits me permettant de croire que cette exhalation est parfois très active et que son intensité varie suivant les périodes de la vie. Importante dans la jeunesse, à l'époque du développement général, elle se ralentit à l'âge adulte et tombe à son minimum dans la vieillesse lors de la déchéance du système dentaire.

L'exhalation est surtout manifeste au niveau des incisives inférieures et des dents de la mâchoire supérieure correspondant à l'embouchure du canal de Sténon; or, de toutes, ce sont celles sur lesquelles les dépôts tartriques sont le plus fréquents.

Les incisives inférieures apparaissent et disparaissent pour ainsi dire les premières. Le tartre s'y accumule par couches successives et sa présence a pour conséquence l'obstruction d'un grand nombre de canalicules de l'ivoire. Par suite de l'obstacle apporté à l'exhalation, un certain nombre de produits de régression physiologique sont forcément retenus dans le milieu interne de la dent, c'est-à-dire dans la chambre pulpaire. Dès lors, il se produit un état congestif permanent qui s'étend peu à peu jusqu'à l'extrémité de l'apex et peut gagner par continuité le périoste alvéolo-dentaire. Sous l'influence de cette congestion chronique survient un épaississement tel que la dent, à l'étroit dans l'alvéole, est plus ou moins projetée vers l'extérieur, tandis que le dépôt de tartre augmentant toujours tend à gagner la profondeur; il y a une double influence mécanique capable de retentir de deux manières sur la vitalité de la dent :

1° En diminuant sa nutrition, par compression et élongation des vaisseaux;

2° En rétrécissant la cavité alvéolaire et en agissant ainsi à la manière d'un coin.

On reconnaît à l'examen des dents tombées prématurément de

cette manière qu'elles ont dû être, en effet, détruites comme nous venons de l'indiquer.

Presque toujours on trouve des lésions sérieuses du côté du périoste, des épaississements, des destructions partielles, des dégénérescences kystiques au début. Plus on se rapproche de l'apex, plus ces altérations sont évidentes. On trouve encore des résorptions partielles du cément et, dans d'autres cas, des points d'hypertrophie du même tissu. Ces lésions correspondent, selon toute probabilité, à un processus lent et continu. L'état de la dentine est variable, tantôt elle est en partie résorbée, tantôt elle est complètement calcifiée.

Ces différences sont probablement en relation directe avec l'âge des sujets. A l'époque du développement, lorsque les échanges organiques sont actifs, il se produit sous l'influence des troubles circulatoires dont nous avons parlé une sorte de ramollissement et de nécrose moléculaire aboutissant à de l'odontite raréfiante. A un âge plus avancé, les phénomènes inflammatoires augmentent l'intensité du processus de calcification, de telle sorte qu'il est plus étendu et plus complet que chez les individus de même âge indemnes d'affections dentaires et de dépôts tartriques.

J'ai constaté bien souvent une dégénérescence graisseuse plus ou moins étendue de la dentine ; il m'a semblé que cet état correspondait à l'une des phases de la raréfaction dont j'ai parlé. Si cette raréfaction est limitée dans la plupart des cas, c'est que la vitalité de la dent a été épuisée et qu'elle est tombée avant la terminaison du travail morbide en tous ses points.

Les dents qui ont subi cette stéatose partielle ont perdu leur opacité naturelle ; elles présentent une translucidité frappante dont la constatation est extrêmement facile.

J'ai souvent noté la calcification de la pulpe dans la partie la plus rapprochée de la face triturante de la dent. Les vicissitudes sont les mêmes que dans la dentine. Le processus irritatif déterminé par la suppression de l'exhalation est-il extrêmement intense, comme à l'époque de l'activité maximum des échanges organiques, les désordres peuvent aller jusqu'à la mortification en masse de la pulpe; dans ce cas il se produit une infection locale consécutive à la décomposition intra-dentaire des éléments nécrosés, qui hâte notablement la propagation au périoste et la chute de la dent.

La donnée fondamentale de ce court travail, c'est la suppression de l'exhalation à la surface des dents en partie entourées par une substance minérale étrangère, le tartre; cette donnée n'est pas une hypothèse. J'ai constaté l'existence de cette exhalation à la surface des dents et chacun peut faire la même constatation aussi complètement et aussi souvent qu'il le désirera. Il suffit d'entourer une dent saine, n'importe laquelle, d'une sorte d'étui en celluloïd. La portion de cette coiffe adaptée à la gencive et baignant constamment dans la salive reste intacte; la dent, corps à moitié minéral et solide, semble absolument inerte au point de vue chimique, et cependant la portion de la coiffe en rapport immédiat avec elle est sérieusement altérée au bout de 8 jours. Appliquons de la même manière le même appa-

reil sur une dent extraite dans un but d'orthopédie et absolument intacte, nous verrons qu'il n'éprouvera pas la plus légère altération. Force est donc d'admettre qu'il se produit à la surface des dents saines des substances assez actives et en quantité suffisante pour altérer profondément une matière résistante comme le celluloïd. D'où pourrait venir cet agent de décomposition, sinon des canaux de l'ivoire et des tissus intra-dentaires? Sa rétention provoque des phénomènes inflammatoires, qui, dans l'enfance au moins, diminuent la densité et la fixité de la dent. On utilise sans le savoir cette action dans les redressements.

L'expérience que je viens d'indiquer peut être complétée de la manière suivante :

Lorsque la décomposition du celluloïd est commencée et qu'il s'est produit un petit espace entre la dent et la surface interne de l'étui, on peut introduire une cheville dans cet espace ; le fragment de celluloïd en rapport avec la cheville reste intact, tandis que partout ailleurs l'altération continue.

Ces considérations prouvent que le tartre n'agit pas d'une manière purement mécanique, qu'il n'enflamme pas seulement la gencive, mais qu'il entrave d'une façon sérieuse la nutrition de la dent et contribue à sa déchéance prématurée.

Il faut donc éviter soigneusement les dépôts tartriques au moyen de nettoyages périodiques. Il est impossible de fixer à l'avance le temps que l'on peut laisser entre l'un et l'autre chez une personne, car l'activité de l'exhalation à la surface des dents et celle de la formation du tartre varient considérablement suivant les âges et même suivant les constitutions. Un nettoyage annuel suffit en général ; je crois qu'il faut enlever plus souvent le tartre chez les gens qui font une grande consommation d'aliments féculents et chez ceux qui présentent des désordres du côté des fonctions hépatiques.

ÉTUDE CRITIQUE SUR LA PÉRIODONTITE EXPULSIVE

Par M. Joseph D. E. D. P.

Dans son excellent traité de l'art dentaire, M. Baumé exprime une idée ingénieuse et assez séduisante. Parlant des conditions qui président à l'éruption et à la chute de deux dentitions, il émet l'hypothèse que l'évolution de ces phénomènes, si importants en physiologie humaine, serait le résultat de l'antagonisme vital existant entre les dents et les maxillaires. Entre ces deux parties en connexion immédiate et concourant à la même fonction, se produirait une lutte pour l'existence, se continuant sans cesse jusqu'au moment où les dernières dents de la série des permanentes se trouvent expulsées et les maxillaires réduits à leur configuration primitive.

Si notre manière de voir ne nous permet pas d'admettre comme vraisemblables les déductions philosophiques de M. Baumé, il nous est impossible de ne pas reconnaître la tendance naturelle, évidente, que les maxillaires manifestent à chasser les dents de leurs alvéoles. Il est permis de dire que les maxillaires ne laissent échapper aucune occasion favorable à la réalisation de cet effet.

Dans des conditions normales, cette tendance singulière demeure pour ainsi dire à l'état latent, étant contre-balancée par un fait anatomique, l'articulation. Celle-ci assure, en effet, les rapports normaux entre les maxillaires et les dents et leur impose la cohabitation. Mais si, par une cause quelconque, l'articulation se trouve viciée et l'antagonisme normal des arcades dentaires fait défaut, la lutte se réveille, les dents s'allongent, se dévient, les alvéoles se résorbent, la gencive subit la même évolution régressive.

L'articulation ne paraît cependant pas assurer toujours la tolérance réciproque de ces deux parties voisines constituant l'appareil dentaire. Dans un grand nombre de cas pathologiques, les dents peuvent se trouver progressivement chassées de leurs alvéoles malgré une articulation normale, parfaite, malgré l'absence de toute cause locale apparente.

C'est que l'appareil dentaire, pris dans son ensemble, subit l'influence de la plupart des perturbations profondes de l'économie et je ne crois pas révéler quelque chose de bien nouveau en faisant remarquer *que, parmi les points de notre organisme les plus susceptibles aux atteintes morbides, la région alvéolo-dentaire est celle qui présente le moins de résistance.*

Il demeure entendu que nous n'avons pas ici en vue les atteintes de l'organe central de la dent. Les affections atrophiques ou inflammatoires de la pulpe, lorsqu'elles sont bien localisées, n'exercent qu'une influence minime, pour ne pas dire nulle, sur les rapports normaux des dents et des maxillaires. Seules, les maladies des gencives, du rebord alvéolaire et de la membrane alvéolo-dentaire sont capables d'apporter des troubles profonds et de modifier les conditions normales de ces deux parties voisines.

Il est intéressant de remarquer que les localisations gingivo-alvéolo-dentaires d'un état morbide général devancent parfois les manifestations pathologiques du même état d'autres régions de l'organisme. Plus d'un d'entre nous a eu l'occasion de constater les lésions des gencives et de la membrane alvéolo-dentaire avec tendance à la généralisation bien avant que la cause génératrice et initiale de ces phénomènes se soit manifestée par un autre trouble fonctionnel apparent de l'économie. Souvent ce sont de véritables phénomènes précurseurs, prélude d'un tableau clinique prochain fort complexe.

On conçoit l'extrême importance de ces localisations au point de vue de la thérapeutique et de la prophylaxie. Les services que le dentiste pourrait rendre en cette circonstance sont précieux.

Malheureusement, dans l'état actuel de nos connaissances, il est souvent impossible de préciser l'origine, la véritable nature de l'affection. Les processus sont complexes, nombre de conditions importantes

échappent inévitablement à notre investigation et il devient difficile de déterminer le diagnostic pathogénique.

Il est du devoir du dentiste d'étudier et de faire ressortir les relations intimes et importantes existant entre l'appareil dentaire et l'ensemble de l'économie. Lorsque dans la nature des variétés nombreuses du tartre, des liquides buccaux et des microorganismes nous saurons reconnaître l'élément spécifique et réellement pathogénique de l'état, lorsque, par la synthèse des éléments multiples que la bouche nous fournit, nous pourrons entrevoir l'éclosion d'une affection organique grave, les médecins eux-mêmes nous rendront justice et bien souvent ils nous enverront les malades pour confirmer leur diagnostic.

C'est dans cet espoir que j'ose toucher à une question tant discutée et dire quelques mots sur une maladie des dents et des alvéoles dont la relation avec l'état pathologique général paraît indiscutable.

Je veux parler de la périodontite expulsive.

Le dernier travail analytique de M. Dubois sur ce sujet a élucidé bien des points intéressants de la question. Si, après cette étude, nous nous proposons d'exposer quelques considérations, c'est exclusivement sur la théorie de l'auteur même.

M. Dubois définit l'affection : « Une dégénérescence atrophique de la membrane alvéolo-dentaire... » ; cette définition ne nous paraît pas absolument juste, puisque, d'après cette détermination, elle correspondrait exactement à un processus physiologique lentement progressif et bien connu, la sénilité. La chute des dents chez des personnes âgées n'est autre chose que le résultat d'une dégénérescence atrophique, mais l'ensemble des phénomènes qui la caractérisent diffère essentiellement de celui qui constitue la périodontite expulsive. C'est la *pyorrhée alvéolaire* qui représente le caractère prédominant de la périodontite expulsive et qui permet de faire une distinction profonde entre cette maladie et la dégénérescence physiologique. Mais la pyorrhée n'est qu'un produit d'élimination, le résultat d'une irritation exercée par un tissu mortifié ou étranger à notre économie. La suppuration est impossible sans destruction préalable. Il ne s'agit donc pas là d'une atrophie pure et simple de la membrane alvéolo-dentaire, mais aussi et surtout de sa mortification plus ou moins étendue. La définition de M. Magitot « destruction lente et progressive de la membrane périostale » nous paraît mieux exprimer le caractère de la maladie.

Il est à remarquer que M. Dubois admet bien lui-même cette distinction essentielle, ce qui ne l'empêche pas de dire que « l'atrophie du ligament est le phénomène essentiel et primitif et entraîne à sa suite tous les désordres subséquents ». Il est probable, il est presque certain que l'atrophie du ligament est le phénomène primitif de l'affection, car c'est vraisemblablement elle qui précède la période ulcérative; quant à être le phénomène essentiel, nous ne le croyons pas, puisque, ainsi que nous venons de le dire, c'est la mortification suivie d'un processus éliminateur qui constitue le caractère essentiel, prédominant de la maladie.

Tout en reconnaissant le rôle des conditions étiologiques extra-dentaires sur la production de cette maladie, M. Dubois insiste surtout, pour ne pas dire exclusivement, sur ses causes locales, *la constitution histologique de la dent et sa minéralisation précoce et excessive.* « La vitalité du ligament, dit-il, est liée à la texture plus ou moins compacte de la dent, au diamètre des fibrilles dentinaires, à la proportion de matière organique que la dent contient. Les dents riches en matière organique et faibles en sels minéraux sont des dents très susceptibles de carie ; ainsi les dents jeunes, les dents richement minéralisées et pauvres en matière organique sont peu susceptibles de carie, en revanche leurs attaches sont peu vigoureuses et leur ébranlement et leur chute précoce résultent de cette minéralisation exagérée. La pulpe meurt de la calcification qui s'opère à sa périphérie, le ligament alvéolo-dentaire subit la même évolution régressive. »

Nous ignorons complètement l'ouvrage où cette opposition anatomique entre la constitution de la dent et de sa membrane radiculaire a été démontrée d'une façon péremptoire. Nous sommes habitué à considérer la constitution parfaite des dents comme une dépendance immédiate d'un bon état général et nous ne savons pas pourquoi, développées dans des mêmes conditions organiques, la constitution de la membrane alvéolo-dentaire serait inférieure et inverse à la constitution des tissus durs de la dent qu'elle recouvre. Dans l'hypothèse que la membrane alvéolo-dentaire est un véritable ligament articulaire, le fait que M. Dubois avance devrait être généralisé. A-t-on constaté les mêmes relations inverses dans d'autres régions de notre organisme ? M. Dubois ne nous en parle point.

Quant à la prédominance des éléments inorganiques dans les dents atteintes de cette maladie, cela n'est qu'une simple constatation d'un fait fréquent, mais qui ne prête à aucune déduction de principe, à aucune conclusion générique.

Si, dans certains cas de périodontite expulsive, la pulpe subit une dégénérescence calcique, il n'en est pas toujours ainsi et nous avons souvent rencontré, en perforant la dent, une pulpe dégénérée il est vrai, mais conservant à l'examen microscopique sa structure normale et ne présentant pas de transformation calcique. L'extraction de ces dents nous a permis de voir que le diamètre des canaux radiculaires était normal, la chambre pulpaire elle-même n'avait pas été anormalement réduite. Remarquons que ces extractions avaient été opérées à la période ultime de l'affection, au moment où la dégénérescence calcique devrait être à son maximum d'intensité. D'ailleurs, si même il en était toujours ainsi, il serait physiologiquement impossible d'incriminer cette forme de dégénérescence comme condition prédisposante à l'évolution de la maladie. En effet, la pulpe n'est point destinée à assurer les rapports normaux des dents et des maxillaires. Son rôle physiologique est de garantir, dans la mesure du possible, la substance propre de la dent — la dentine — et de réagir contre les atteintes de l'extérieur. Lorsqu'elle meurt, le tissu dentinaire privé de sa puissance vitale ne présente aucune résistance

aux influences des agents destructeurs et la carie prend une marche plus rapide et envahissante, mais l'état et le fonctionnement de la membrane péridentaire demeurent normaux et ne semblent en être nullement impressionnés, à moins d'accidents spéciaux. Combien de fois ne voyons-nous pas des dents à pulpe dévitalisée, des dents à pivots, durer de longues années sans provoquer aucune réaction appréciable du côté de la membrane péridentaire, et cela malgré un processus septique préexistant, malgré un traumatisme opératoire parfois préjudiciable.

La dégénérescence calcique de la pulpe étant un processus absolument aseptique ne peut aucunement compromettre la vitalité et les fonctions normales du périodonte. La dent dont la pulpe a subi une transformation pareille n'est pas réduite à l'état d'un corps étranger, puisqu'elle est revêtue dans toute sa portion en contact avec la gencive et l'alvéole d'une membrane intermédiaire, pourvue d'un système vasculaire indépendant, membrane dont la nutrition continue à s'effectuer d'une façon normale et qui confère ainsi à la dent le droit de cité dans son alvéole.

M. Dubois avoue qu'il a contre lui l'examen histologique. Ce désaccord avec les données anatomo-pathologiques, l'auteur l'explique un peu à sa manière, ce qui l'oblige nécessairement à forcer les faits. Il pense que l'examen microscopique des lésions de la période du début de l'affection n'a pu être fait faute de pièces anatomiques, car aucun praticien ne se croirait autorisé à extraire une dent dont les altérations sont si peu prononcées. Cette délicatesse de sentiments est assurément très louable; mais le désir d'élucider un point obscur de pathologie ne l'est pas moins, et nous ne voyons pas pourquoi l'extraction d'une dent au début d'une maladie presque incurable (du moins dans l'état actuel de nos ressources thérapeutiques) serait moins admissible que l'inoculation du cancer au sein d'une malade succombant à la diathèse cancéreuse.

M. Dubois affirme que M. Magitot décrit les désordres de la période d'état et non ceux de la période prodromique, c'est-à-dire du début. Or, voici ce qu'écrit M. Magitot : « Si l'on observe une dent enlevée de l'alvéole au *début de l'affection*, on constate sur le périoste dentaire, dans le voisinage du collet, *point du début constant de la maladie*, une légère injection disposée ordinairement par plaques irrégulières, quelquefois étendues en forme d'anneau horizontal incomplet au pourtour de la dent, etc. » Rien de plus clair et de plus simple que le langage de M. Magitot, et M. Dubois a dû faire un véritable effort pour ne pas s'en apercevoir.

Les recherches de M. Malassez prouvent que le feuillet externe superficiel de la membrane présente des altérations histologiques plus profondes, constatation qui n'est pas en faveur de la théorie de la minéralisation excessive. M. Dubois s'efforce d'interpréter ce phénomène en s'appuyant sur des remarques de M. Aguilhon de Sarran que nous empruntons *in extenso* à l'article de M. Dubois, car elles ne nous disent absolument rien qui puisse expliquer cette localisation externe. « Bien qu'elle (la membrane alvéolaire) ait un grand

nombre de vaisseaux relativement volumineux, il est facile de voir, en étudiant avec soin les préparations que j'ai l'honneur de vous présenter, que ceux-ci ne font que la traverser comme une gaîne », puis : « (les vaisseaux) portent les branches vasculaires contenues dans la membrane qui unit le maxillaire à la dent et traversent le ciment et l'ivoire pour aller former dans la cavité de la pulpe les gros vaisseaux qui longent ses parois. »

Avec ces données histologiques, conclut M. Dubois, on comprend très bien pourquoi la face externe du ligament est plus atteinte que la face interne et comment les troubles nutritifs et circulatoires s'y localisent tout d'abord. — Avouons franchement que, malgré tous nos efforts, nous ne pourrions pas déduire les mêmes conclusions.

Si, ainsi que l'avance M Dubois, il existait une relation causale entre la dégénérescence calcique de la pulpe et de la périodontite expulsive, les altérations histologiques devraient se présenter avant tout à la partie de la membrane la plus proche de l'extrémité radiculaire au pourtour de l'orifice apical, et de là, s'étendre progressivement vers le collet. Comment expliquer qu'une affection qui, selon toute vraisemblance, devrait atteindre tout d'abord le voisinage de l'apex débute sur un point diamétralement opposé au lieu de sa localisation présumable ?

Pour M. Dubois, la prédisposition congénitale à cette affection s'identifie avec la constitution histologique de la dent, se résume par sa minéralisation excessive. La prédominance des éléments calcaires serait la seule cause réellement efficiente, le seul générateur du mal. Les troubles généraux, les diathèses sont secondaires. L'auteur appuie sa thèse des lignes suivantes de M. Magitot : « Dans un certain nombre de cas, l'ostéo-périostite survient dans l'état de santé parfaite, et, quelque soin qu'on mette à en rechercher la cause, on ne la rencontre ni dans les conditions locales de la bouche ni dans aucun désordre appréciable de l'économie. »

Nous nous permettrons de répondre à ces considérations que, ainsi que nous l'avons dit, la membrane alvéolo-dentaire et les tissus immédiatement susjacents appartiennent aux points des plus susceptibles de l'économie, que leur susceptibilité peut être évidemment augmentée avec les dispositions individuelles, que parfois elles perçoivent les impressions d'une nutrition perturbée bien avant que ce même trouble organique se manifeste par d'autres localisations morbides appréciables, et que, par conséquent, les phénomènes de la périodontite expulsive peuvent parfois devancer les autres désordres appréciables de l'organisme. Hâtons-nous de dire cependant que le nombre de ces cas est bien restreint et nous ne comprenons que difficilement cette affirmation de M. Dubois : « la coexistence de troubles généraux et de la périodontite ne s'observe pas dans la majorité des cas ». D'ailleurs M. Bell le dit lui-même dans les citations que l'auteur lui emprunte : « Quoique la perte graduelle de substance dans la gencive et le procès alvéolaire se produise *à l'occasion* sans aucune action morbide sérieuse, locale ou constitutionnelle, elle est produite plus fréquemment par le dérangement des

organes digestifs ou quelque autre cause constitutionnelle immédiate ou éloignée, et alors elle est invariablement accompagnée d'un état morbide des parties elles-mêmes. »

« Le premier signe apparent de la maladie, dit l'auteur dans sa symptomatologie, est le déplacement d'une ou plusieurs dents qui sont le plus souvent légèrement projetées en avant; la déviation latérale s'observe aussi quand il y a des vides dans l'arcade dentaire.... La projection en avant augmente les espaces interstitiels et cela est surtout visible pour les dents antérieures. *Conjointement ou peu de temps après*, on perçoit de la résorption alvéolaire... » Nous pensons que la disparition des parois alvéolaires des dents atteintes est un phénomène trop important pour que l'époque de sa production dans la chronologie des phénomènes successifs soit une condition négligeable. Ce point mériterait d'être étudié avec plus de précision. En effet, si la résorption alvéolaire suivait au lieu de précéder le déplacement des dents atteintes, par quelle hypothèse expliquerait-on ce dernier phénomène? Pourrait-on lui attribuer le même mécanisme que celui qui détermine l'allongement et le déplacement de la dent dans la périodontite aigüe simple? Evidemment non. L'examen le plus simple, le plus superficiel suffit pour rejeter la moindre tentative d'une pareille interprétation.

Il serait plus logique d'admettre que la résorption alvéolaire précède le déplacement et la déviation des dents. Cela n'est pas, d'ailleurs, une idée nouvelle. Déjà le professeur Gossilin et après lui le docteur David ont attiré l'attention sur ce point. Il est vraiment regrettable que M. Dubois, dans son travail, d'ailleurs si complet, n'ait fait aucune mention de la théorie de ces auteurs.

Si nous concevons bien l'hypothèse de M. Dubois, le mécanisme de ce processus pathologique serait le suivant: au fur et à mesure que l'étendue de la chambre pulpaire diminue et que la lumière des canaux se rétrécit par le fait de la calcification périphérique successive de la pulpe, la dent se rapprocherait de l'état sénile. La membrane alvéolo-dentaire dont la résistance organique serait inverse (?) de celle de la dent, se trouve influencée par cette minéralisation précoce, et subit une dégénérescence atrophique progressive, de telle sorte qu'à un moment donné la dent, privée de ses moyens de connexion naturels, se détache et tombe dans la bouche.

Ainsi tout se passe identiquement comme dans la sénilité naturelle.

Nous voudrions seulement demander à l'auteur comment il explique la présence dans la périodontite expulsive d'un phénomène qui fait défaut chez les personnes âgées — la suppuration, ce phénomène si important de la maladie, qui a attiré l'attention de tous les observateurs, qui lui a valu le nom de pyorrhée inter-alvéolo-dentaire, de la suppuration conjointe des alvéoles et des gencives, de la gingivite arthro-dentaire infectieuse que M. Magitot et la plupart des auteurs considèrent comme pathognomonique de cette maladie et qui lui donne son aspect caractéristique.

Pourquoi la dégénérescence atrophique du ligament se produit-elle

dans un cas par usure organique, par résorption lentement progressive, tandis que dans l'autre elle est toujours accompagnée de la suppuration abondante, continuelle?

Pour finir, nous ne pouvons mieux faire que de reproduire le passage suivant du chapitre du traitement : « Dans la période d'état, dit l'auteur, les pointes de feu ont une action bienfaisante; il n'en est plus de même à la phase ultime, les tissus ont peu de tendance à la réparation et la plaie tarde trop à se fermer. Ces pointes de feu seront faites avec le cautère chauffé à blanc, mais sans appuyer. A la période de début leur action est énergique et parfois s'étend sur plusieurs mois. Ce succès de la révulsion, est un argument de plus à l'actif de l'atrophie sénile de l'organe. »

La révulsion aurait donc pour résultat de combattre l'atrophie sénile de l'organe, c'est à-dire sa minéralisation excessive et précoce. Les pointes de feu modifieraient la structure histologique des tissus dentaires?... Nous voudrions savoir comment M. Dubois s'explique ces changements structurants, puisqu'ils sont les seuls capables de donner des résultats satisfaisants? Est-ce la dentine trop compacte qui devient moins dense? La pulpe calcifiée qui devient vasculaire? Les dents vieillies qui deviennent plus jeunes?...

Dans l'hypothèse que l'atrophie de la pulpe et consécutivement celle du ligament sont les phénomènes prédominants de la maladie, l'action de l'igniponcture comme moyen de révulsion serait plutôt préjudiciable aux effets recherchés; la dégénérescence atrophique, l'altération des fonctions nutritives de ces organes n'en serait que favorisée. Le résultat serait donc inverse à celui que l'on se propose.

Nous pensons que les pointes de feu jouent surtout le rôle de modificateur de la nutrition de toute la région alvéolaire en produisant une perturbation des fonctions nutritives préexistantes. Leur but est d'activer par l'irritation qu'elles provoquent, la nutrition régionale et non pas, comme le pense M. Dubois, de diminuer l'apport du liquide nourricier aux parties intéressées.

APPAREIL A PARALLÉLISME POUR PIVOTS

Par M. Prével

Chef de Clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

Je viens vous présenter aussi un appareil à parallélisme, troisième ou quatrième du nom, mais qui, malgré son jeune âge, ne ressemble en rien à ceux présentés jusqu'à ce jour. Je n'ai pas à m'occuper de ceux de mes collègues ni à constater les défauts ou qualités qu'ils peuvent offrir; je me bornerai à vous énumérer succinctement les quelques avantages celui qui fait l'objet de cette communication.

Pour la forme, il est composé de deux branches horizontales fixes qui, formant l'armure de l'appareil, sont fermées aux deux extrémités. Dans l'espace compris entre ces deux branches existe une vis hori-

zontale micrométrique, donnant, au moyen d'un bouton placé à une extrémité, un mouvement de va-et-vient au n° 1 des porte-pivots ; le n° 2 est à frottement lisse et se déplace à la main.

Ce qui intéresse principalement dans l'ensemble de cet appareil, ce sont les porte-pivots qui diffèrent complètement de ceux que j'ai pu voir jusqu'à ce jour. En dévissant le manchon, on a devant soi le porte-mine dont les branches, au nombre de trois, sont en acier trempé, au lieu d'être en cuivre, facilitant ainsi la séparation de l'appareil et du pivot au moment de la présence de celui-ci dans la racine.

De même, je tiens à signaler un avantage qui n'est pas, je crois, sans utilité : le diamètre des pivots pouvant s'appliquer dans chaque porte-pivot ainsi que les formes jugées nécessaires par l'opérateur, mais en réalité cet appareil est plutôt fait pour les pivots Contenau et Godart.

Ces deux porte-pivots sont munis à leur base d'un bouton à vis donnant à chacun d'eux l'immobilité qui lui convient.

Je joins à cette communication mes remerciements à M. Antoine, l'ingénieur mécanicien qui a bien voulu donner tous ses soins à mon appareil. L'exécution, malgré toutes les difficultés, en est irréprochable.

Il ne me reste qu'à connaître votre opinion. Je serai heureux si j'ai réussi à apporter une facilité dans le travail à pont qui est, je crois, appelé à prendre une bonne place dans la dentisterie actuelle.

C'est le but de mon travail ; ce sera ma joie si j'ai pu y parvenir.

RÉIMPLANTATION A LA SUITE D'UN TRAUMATISME

Par M. Paulme

Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

Le 21 septembre dernier, Mme M. vient me trouver pour se faire remplacer l'incisive centrale supérieure gauche, qu'elle a perdue la veille par suite d'un accident assez bizarre.

En courant, les deux mains embarrassées, elle a trébuché et dans sa chute, comme elle avait la bouche ouverte pour pousser un cri, c'est la mâchoire supérieure qui a reçu le choc sur l'angle d'un mur. Elle a senti un corps dur dans sa bouche, c'était la dent sortie de son alvéole.

J'examine la malade. Tempérament lymphatique, les gencives très pâles annoncent une forte anémie, je ne constate pas de contusions à la mâchoire supérieure. Rien qu'une petite écorchure à la lèvre inférieure, au niveau des incisives.

Les dents voisines de celle qui manque sont douloureuses au toucher et offrent un peu de mobilité, mais la gencive n'est pas tuméfiée.

Les dents qui étaient très serrées, se sont écartées depuis l'accident, au point d'empiéter d'un bon tiers sur la place vide.

Je demande à voir la dent, que ma patiente avait apportée dans son porte-monnaie. Il n'y a aucune lésion de la couronne ni de la racine. Cette dernière est absolument conique, sans étranglement au collet, ce qui expliquerait la facilité avec laquelle elle est sortie de l'alvéole.

Je pense à faire la réimplantation. Un coup de foret est donné à l'apex de la racine pour vider la cavité pulpaire, et le trou est bouché avec un fil d'or fin. J'en laisse dépasser un millimètre que j'enfonce ensuite à petits coups de marteau pour avoir une obturation solide.

La dent est mise dans une solution d'eau phéniquée tiède à 2 p. 0/0; l'alvéole est nettoyé par des injections avec la même solution, puis une boulette de coton imbibée d'une solution de cocaïne à 5 p. 0/0 y est introduite et laissée 5 minutes.

Malgré cela, l'opération de la mise en place de la dent est assez douloureuse. La dent est enfoncée à l'aide d'un davier dont chaque mors est garni avec un bout de petit tube de caoutchouc et avec un manche de lime à l'extrémité duquel j'ai fait une entaille en forme de V. Malgré plusieurs essais de ligatures avec de la soie floche cirée, puis avec un morceau de digue en caoutchouc, je suis forcé de renoncer à cette tentative. La dent ne peut rester à sa place. Les autres dents qui s'étaient desserrées, ayant été refoulées, exercent une pression considérable sur la couronne et chassent la dent hors de son alvéole. La conicité de la racine n'offre du reste aucun maintien.

Une empreinte est prise. Sur le modèle en plâtre, je façonne une dent en cire à la place de la dent à réimplanter, rectifiant également l'inclinaison des dents voisines. J'estompe ensuite un petit appareil en argent, avec des trous percés entre les dents pour placer les ligatures.

Cet appareil est placé seulement quatre jours après l'accident.

On recommence la même opération pour l'enfoncement de la dent. La douleur est moins violente que la première fois.

J'ordonne des gargarismes fréquents avec une solution de chloral hydraté à 2 p. 0/0 et des badigeonnages avec la teinture d'iode-aconit.

Le lendemain, il y a une périostite assez intense. L'attouchement de la plaque, sur n'importe quel point, provoque de la douleur.

Les jours suivants, on constate une diminution progressive de la périostite qui finit par se localiser au niveau de la dent réimplantée.

Quinze jours après, la percussion est indolore, mais la dent est aussi mobile que le premier jour. On peut passer une sonde sous la gencive sans provoquer de douleur, il n'y a aucune adhérence. La patiente avoue qu'elle a négligé la teinture d'iode. Je fais des pointes de feu assez profondes tout autour du collet sous la gencive, pour amener une réaction inflammatoire.

Cette opération est répétée deux fois par semaine, mais on ne constate guère d'amélioration. Ce n'est qu'un mois après la réimplantation que la dent commence à être un peu moins mobile Enfin, le quarantième jour, l'appareil est définitivement retiré. Les dents sont

nettoyées à la ponce, car la teinture d'iode en contact avec l'appareil avait dû former de l'iodure d'argent qui avait coloré les dents en noir :

Maintenant cette incisive est solide, mais elle a subi un léger mouvement de rotation sur l'axe par la pression des dents voisines. C'est à peine si l'on distingue une différence de teinte, la dent réimplantée a une légère opacité qui échappe au premier examen.

Comme conclusion, je crois qu'il ne faut jamais désespérer du succès d'une réimplantation en présence d'une mobilité prolongée de la dent. J'ai déjà constaté un fait pareil. Au bout de quarante jours, une petite molaire a fini par se consolider à la suite d'une *transplantation.*

Je compte vous faire examiner le sujet un de ces jours.

EXOSTOSE ÉBURNÉE ET GÉNÉRALE DU CRANE ET DE LA FACE

Par M. Choquet, de Toulouse.

Jean Forcade naquit à Perpignan le 10 décembre 1722. Sa bonne conformation, la beauté de ses traits peu communs aux premiers temps de la vie, causaient à ses parents la joie la plus vive.

Parvenu avec ces dispositions heureuses à l'âge de six ans, il fut atteint de la petite vérole confluente, dont la bénignité ne détruisit pas d'ailleurs la santé dont il avait joui jusqu'alors et qu'il conserva six années encore.

Mais, à cette époque, c'est-à-dire vers l'âge de 12 ans, un abcès se manifesta au grand angle de l'œil droit ; son père, chirurgien de Perpignan, en pratiqua l'ouverture et il s'établit une suppuration dont la durée fut assez longue.

C'est alors qu'on aperçut pour la première fois une excroissance osseuse qui faisait saillie à la partie moyenne de l'apophyse nasale du maxillaire droit ; elle était de la grosseur d'une petite aveline. L'emploi des topiques variés, l'usage des traitements internes appropriés aux causes les plus communes d'exostoses symptomatiques, furent complètement infructueux pour la résolution de celle-ci. Au contraire, on la vit s'accroître de plus en plus, au point d'acquérir un volume considérable.

Bientôt l'apophyse montante du maxillaire supérieur du côté opposé devint elle-même le siège d'une exostose semblable à la première, et désormais, toutes les deux suivirent dans leur développement les mêmes proportions.

A 15 ans, elles avaient acquis un volume tel que, pressant fortement les cartilages du nez l'un contre l'autre, elles s'opposaient au passage de l'air par les fosses nasales, et obligeaient le malade à ne respirer que par la bouche.

La mâchoire inférieure commençait déjà à subir un développement uniforme dans toutes ses parties.

On vit alors avec peine ce jeune homme suivre le cours de ses études : il était à charge à ses condisciples qui ne pouvaient supporter sa difformité, mais qui s'efforçaient de l'aimer et de rechercher son amitié à cause de l'esprit et des talents qu'il avait en partage.

Les progrès qu'il avait faits dans ses études et dans l'art de l'enseignement lui valurent à 20 ans la confiance de ses concitoyens pour l'éducation de la jeunesse, et son instruction, jointe à son physique hideux, inspirait à la fois le respect et la crainte à ses jeunes élèves.

Mais la mort prématurée de ses parents, les regrets de voir vouer son existence tout entière à la fonction pénible et ingrate d'éclairer ses semblables, le décidèrent à abandonner la première carrière pour se faire prêtre.

A cette époque, l'évêque de Guy d'Avrincourt vint remplir à Perpignan le siège vacant de son prédécesseur.

Frappé de l'aspect monstrueux de Forcade, il déclara qu'il ne pouvait l'associer au service des autels qu'en causant des impressions fâcheuses sur les assistants. Il l'engagea donc à quitter le séminaire.

Depuis lors, la mâchoire inférieure de Forcade acquit insensiblement un volume extraordinaire, mais ses condyles et leur col conservèrent leurs dimensions à peu près naturelles.

Les maxillaires supérieurs, les parois orbitaires, excepté la voûte, les fosses nasales, en arrière et en avant furent soumis à une nutrition plus active. La membrane muqueuse qui les tapisse était détruite ou altérée au point de n'être plus le siège d'une excrétion habituelle. Plus tard, les globes des yeux chargés de leurs cavités, rendaient la vue courte et très pénible ; la voûte palatine, devenue convexe dans toute son étendue, gênait les mouvements de la langue dans l'articulation des sons.

Les os de la pommette, les arcades zygomatiques s'accrurent rapidement.

Le coronal, l'occipital, les pariétaux étaient parsemés de petites éminences rugueuses qu'on pouvait apprécier à travers le cuir chevelu. La surface interne du crâne conserva l'aspect lisse et poli qu'elle offrait dans l'état sain. Aussi, le malade a-t-il toujours joui de ses facultés intellectuelles. Plus curieux que tout autre, il se portait avec empressement vers les objets les plus nouveaux pour lui.

Parvenu à l'âge de 44 ans, en septembre 1766, il fit une maladie, (la première depuis la petite vérole), caractérisée par des symptômes adynamiques extrêmement graves, maladie qui fut suivie de cécité.

La convalescence fut très longue, et, lorsque celle-ci touchait à sa fin, le malade recouvra la vue du côté droit.

Un an après, à la suite d'une vive émotion, et par le passage subit d'une température chaude à une basse, Forcade fut atteint d'une péripneumonie. Pendant 9 mois il languit avec cette affection et succomba vers la fin de sa 46e année.

A l'ouverture du cadavre, on trouva les deux poumons tubercu-

leux. La tête faisant l'objet principal des recherches fut détachée du tronc et examinée avec une scrupuleuse attention.

Il ne fut jamais possible de parvenir à disséquer les muscles de la face ; les faisceaux charnus qui les composaient avaient pris un aspect fibreux, confondus d une part avec le tissu cellulaire sous-cutané, et de l'autre avec le périoste. On pouvait cependant distinguer confusément les muscles destinés à mouvoir la mâchoire inférieure.

Toutes les parties molles enlevées, on put se convaincre que les exostoses et toute la surface extérieure du crâne et de la face étaient d'une dureté très considérable et d'une teinte jaunâtre.

Le poids de la tête entière est de 8 livres 3 onces, *la mâchoire inférieure* à elle seule pèse 3 livres et demie.

Il n'est peut-être pas inutile de faire remarquer que la taille du malade était au-dessous de la moyenne, que ses os étaient remarquables par leur ténuité et entièrement privés de ces empreintes musculaires existant ordinairement sur un squelette d'homme. L'examen de la pièce offre un contraste bien frappant entre cette tête montrueuse et les vertèbres cervicales très déliées qui la supportent.

(D'après une note du docteur Ribell, à qui appartient l'original.)

OBTURATION A L'AIDE D'ÉMAIL NATUREL

Par M. Legros,
Elève de 3e année à l'Ecole dentaire de Paris.

Le malade que j'ai l'honneur de présenter est un sujet de 18 ans ; il est artiste musicien et joue d'un instrument à vent.

La dentition n'offre aucune particularité bien intéressante, l'articulation est normale.

A l'âge de 12 ans, il reçut sur le visage une pierre qui lui fendit la lèvre supérieure et fractura l'incisive centrale supérieure droite sur toute la longueur de la couronne et aussi une certaine étendue de la racine, si bien que celle-ci se trouve taillée en sifflet à deux millimètres au dessus du collet et du côté médian. Pourtant, malgré le niveau de cette fracture, le morceau de la couronne tint pendant 6 ans grâce au faisceau fibreux formé par la gencive et le périoste.

Le mois dernier cette attache ayant fini par céder aux pressions continuelles de la langue et des lèvres de notre instrumentiste, celui-ci, très précautionneux, vint nous trouver à la clinique avec son morceau de couronne.

Voyant la netteté de la fracture, les bord solides, M. Heidé pensa immédiatement à tirer parti de ce cas si rare. Notons en passant qu'il y avait bien entendu 4e *degré avec fistule*, laquelle est probablement due à la persistance de la partie fracturée, celle-ci ayant en quelque sorte fait occlusion a la sortie des gaz par suite de sa solidité encore assez grande.

Après avoir fait subir à la dent le traitement habituel, sur les

indications de M. Heidé, je fis une rainure à la partie cervicale de la cavité et, considérant le morceau fracturé comme une facette d'émail ordinaire, je bouchai le canal à la hauteur de l'apex ; je pris ensuite l'empreinte au plâtre et la direction du canal avec un morceau de bois comme si j'avais à faire une dent à pivot.

Après avoir coulé mon modèle je préparai le morceau de la couronne de la façon suivante : la dentine cariée enlevée, je fis une rainure à la partie cervicale comme pour ma cavité, je perçai ensuite un trou au foret horizontalement de l'intérieur à l'extérieur, de droite à gauche, ouvert sur le côté médian et correspondant à la moitié de la hauteur de ma couronne ; à l'extérieur à l'entrée du trou avec une fraise ronde je réservai un espace dans l'émail.

Je pris une tige de platine mou à une des extrémités de laquelle je soudai une tête en or, tandis que sur toute la longueur je fis à l'échoppe quelques échancrures ; passant ensuite cette tige dans le morceau de couronne de manière à ce que la tête en or se logeât dans l'espace creusé par la fraise, je courbai l'extrémité libre pour que, pénétrant dans le canal, le morceau fracturé s'ajustât parfaitement sur la couronne.

Cela obtenu à la clinique, par conséquent sur le malade, je fixai le pivot et par suite le morceau de couronne à l'aide de ciment Poulson dont j'avais rempli le canal, la cavité de la dent et celle de la partie fracturée.

Aujourd'hui nous avons une consolidation parfaite et on ne voit qu'un léger liseré de ciment sur le pourtour de la fracture.

Je dois ajouter que ce travail a été exécuté au mois de janvier dernier et qu'avant de vous le présenter j'ai voulu laisser la dent en observation pendant un laps de temps suffisant pour m'assurer de la solidité de ce travail et de sa résistance à la fatigue que la profession de mon malade l'oblige à lui faire supporter.

CARIES DE CAUSE PROFESSIONNELLE DES QUATRE INCISIVES SUPÉRIEURES

Par M. C. Héraud,

Élève de 3e année à l'École dentaire de Paris.

Mlle M., 17 ans, demeurant à Saint-Ouen, employée dans une raffinerie, se présente à la clinique de l'École dentaire le 15 mai 1892 pour des caries multiples dont nous allons indiquer la distribution.

Cette personne, réglée depuis plusieurs années, mais irrégulièrement, aurait eu, à des dates qu'elle ne peut préciser la rougeole, puis, une scarlatine assez grave, suivie d'une angine diphthéritique. A souffert pour la première fois des dents il y a un an, s'est aperçue de la carie des incisives au mois de juillet 1891.

Lors du premier examen à la clinique on constate :

1° A la mâchoire supérieure caries du 4e degré du bord médian des deux grandes incisives; caries du second degré sur les faces distales des mêmes dents, du côté de la face labiale de polissement de l'émail;

2° Caries du second degré sur le bord médian des incisives latérales, caries du 1er degré sur le bord distal;

3° Caries du 4e degré de la première grosse molaire supérieure gauche.

A la mâchoire inférieure, caries du 1er degré au niveau du collet des canines des deux côtés. Gencives saines; salive légèrement acide.

Les dents de sagesse ne sont pas poussées.

A première vue le fait ne paraît rien présenter d'intéressant, c'est un cas de caries multiples précoce comme on en rencontre tous les jours dans la pratique.

Ce qu'il y a de particulier c'est l'époque du début et surtout le mode de distribution des caries. Ces deux circonstances indiquent manifestement leur pathogénie et leur origine professionnelle.

Cette personne est employée dans une raffinerie, elle met en boîte le sucre cassé à la mécanique; pendant toute la durée de son travail, elle se trouve dans une atmosphère renfermant une très grande quantité de poussière de sucre en suspension.

La forme du maxillaire supérieur et la disposition de la lèvre indiquent pourquoi les incisives centrales ont été si vites et si gravement intéressées.

Il y a un léger prognathisme de la mâchoire supérieure; lorsque la malade ferme la bouche, la face antérieure des incisives inférieures se trouve à cinq millimètres environ de la face postérieure des incisives supérieures. La lèvre supérieure est courte, et dans l'état, habituel, lorsque la malade ne ferme pas volontairement la bouche, les quatre incisives sont découvertes, par conséquent ces dents sont soumises avant toutes les autres à l'action des poussières de sucre.

Il y a longtemps qu'on a remarqué l'importance du rôle joué par ce corps dans l'étiologie de la carie dentaire. Les gens du monde eux-mêmes savent parfaitement que les confitures, le miel, les gâteaux, toutes les substances sucrées nuisent aux dents quand elles entrent pour une trop forte part dans l'alimentation. De plus les cuisiniers, les pâtissiers, les confiseurs, tous ceux qui sont obligés par profession de manipuler des substances sucrées ont de très mauvaises dents. Peu importe la forme selon laquelle le sucre est employé, que ce soit en poudre, en sirop ou en pâte; le résultat est le même. Les recherches de MM Mantegazza et Magitot ont montré comment les altérations sont produites; elles résultent non pas comme on pourrait le supposer, au moins dans notre cas, d'une usure mécanique, mais d'usure action chimique.

Les sucres ne font éprouver d'altération aux tissus dentaires qu'à la condition de subir des modifications de la nature des fermentations et amenant la formation d'acide lactique, puis consécutive-

ment d'acide butyrique et de quelques-uns de ses dérivés : (acide popionique, valérique, etc.,) agents qui ont une influence destructive directe des plus énergiques sur les dents.

Il est bien entendu que le sucre à sec ne peut pas léser sérieusement les dents desséchées ; il agirait alors simplement sur elles d'une façon mécanique comme la poudre de talc ou la pierre ponce. Cette influence est insignifiante, étant donné la quantité vraiment peu considérable qui entre dans la bouche même chez les personnes qui travaillent dans une atmosphère renfermant beaucoup de poussière de sucre. Le véritable agent de la carie, c'est la salive modifiée chimiquement par l'addition de matière sucrée qui se décompose.

Il y a dans le cas que j'ai l'honneur de présenter l'observation à la Société deux ou trois points semblant à première vue contredire cette doctrine.

Le début indique bien que le sucre a été la cause de tout ; les dents sont belles et bien placées ; la seconde dentition a été probablement facile car la malade ne se souvient pas d'avoir éprouvé le moindre accident à ce moment. Jusqu'à 15 ans, rien absolument n'attire son attention du côté de la bouche. A cet âge elle commence à travailler dans une raffinerie et dès l'année suivante des caries multiples se montrent. C'est d'abord la molaire de 6 ans de la mâchoire supérieure du côté gauche. Cette localisation n'a rien d'extraordinaire étant donné la vulnérabilité extrême de cette dent. Quelles sont les dents qui seront touchées ultérieurement ? *A priori*, on devrait répondre celles du bas.

La salive, en effet, séjourne plus longtemps, elle est en plus grande quantité dans la partie médiane inférieure du sillon vestibulaire que partout ailleurs.

Les dents qui auraient dû être prises les premières sont celles qui sont le plus en contact avec le liquide altéré dans sa composition par suite de la présence du sucre.

C'est probablement ce qui serait arrivé si la mâchoire et la lèvre supérieure eussent présenté une disposition différente de celle qu'elles ont.

A chaque inspiration ou même sans cela, par suite de l'écartement habituel du bord libre des deux lèvres, le sucre rencontre d'abord la face antérieure des incisives.

Grâce à la présence de l'émail les molécules solides peuvent difficilement s'y fixer ; elles ont agi assez cependant pour avoir produit le dépolissement de cette face.

D'autres molécules beaucoup plus nombreuses s'accumulent dans les interstices des incisives ; il se produit là des foyers de réactions chimiques.

Leur conséquence se fait rapidement sentir sur les dents qui se carient plus vite et plus profondément à ce niveau que partout ailleurs.

A la doctrine aujourd'hui définitive de l'action indirecte du sucre sur les dents par suite des modifications qu'il subit au contact de la salive, nous pouvons ajouter je crois, en tenant compte des faits

consignés dans notre observation, une autre notion qui nous paraît avoir un certain intérêt, à savoir que lorsque des poussières de sucre sont introduites dans la cavité buccale, les caries se produiront de préférence au collet des dents les moins couvertes à cause de l'accumulation des poussières dans les interstices dentaires.

Pouvons-nous tirer de cet exposé des conclusions pratiques au point de vue de la prophylaxie et du traitement? Je le crois.

Pour prévenir une déchéance anticipée de tout le système dentaire, il faudrait supprimer la cause et engager les malades à changer d'occupations, c'est ce que fera notre patiente. Mais ce conseil ne peut pas toujours être suivi, il me semble que ceux-là mêmes qui sont obligés de travailler dans le même milieu, de la même manière, peuvent encore prévenir les caries.

1° Il faut brosser soigneusement les dents plusieurs fois par jour si c'est nécessaire, insister en particulier sur le nettoyage des interstices ;

2° Combattre l'acidité de la salive par l'usage fréquent des collutoirs alcalins, à l'eau de Vichy par exemple ;

3° Surveiller attentivement les dents et traiter les caries dès qu'on les reconnaît.

Ma malade est encore à l'heure actuelle en traitement, elle a des caries du 1er, du 2e et du 4e degré ; on les traitera par les procédés habituels sur lesquels il me paraît inutile d'insister.

ÉTUDE CRITIQUE SUR L'EMPLOI DE L'OXYDE DE COBALT

Par M. de Marion.

Dans le numéro de mai 1892 de la *Revue odontologique* a paru une communication sur l'oxyde de cobalt dans le traitement des caries du 3e degré par M. H. Weber, professeur *de Pathologie et de Thérapeutique dentaire* à l'Ecole odontotechnique. J'avais envoyé à cette Revue une note où je combattais les propriétés du nouveau médicament proposé. Naïvement, je l'avoue, j'avais compté sur l'impartialité du Comité de rédaction et sur l'appel que ce journal a l'apparence de faire aux membres de la profession, qui ont des communications à faire intéressant l'art dentaire. L'erreur que je signalais a eu le don de déplaire à la rédaction de la *Revue odontologique* qui a refusé de l'insérer ; il ne me convient pas de rechercher les motifs de ce refus, mais il m'est permis de constater que les intérêts *si chers* de la profession sont singulièrement sauvegardés par ce journal, qui se fait l'écho d'une grossière erreur scientifique et n'a pas même la pudeur de reproduire une réfutation motivée.

Tel est le motif qui me fait demander l'hospitalité de *l'Odontologie* pour la réfutation de l'emploi de l'oxyde de cobalt dans le traitement des caries du 3e degré.

Depuis huit mois environ que j'ai eu connaissance du nouveau traitement proposé, je me suis livré à une série d'expériences qui m'ont fixé sur les effets thérapeutiques que l'on a bien voulu accorder aux composés oxygénés du cobalt. Je crois que certains praticiens se sont trop hâtés, en annonçant que les composés arséniés étaient à jamais bannis de leurs cabinets ; leur bonne foi a été évidemment surprise par une spécialité étrangère arrivant sous le nom de l'oxyde de cobalt. Il s'agit de rétablir les faits et de faire cesser une erreur qui pourrait devenir préjudiciable.

De prime abord, l'action d'un oxyde métallique indifférent sur un tissu organique ne laissa pas que de me surprendre ; je me décidai néanmoins à expérimenter les oxydes de cobalt.

En étudiant ce métal, je trouvai que le cobalt fraîchement coupé est blanc, irisé, qu'il appartient au groupe des métaux magnétiques comme le fer et le nickel. Ses combinaisons avec l'oxygène donnent naissance à plusieurs oxydes, notamment le peroxyde Cb O, et le sesquioxyde $Cb^2 O^3$. Il existe encore des oxydes intermédiaires, je ne retiendrai ici que celui obtenu par l'influence de la chaleur sur le sesquioxyde; cet oxyde intermédiaire répond à la formule $Cb^3 O^4$.

Dans le mois de novembre 1891 j'ai appliqué *trente-deux pansements* avec les divers oxydes de cobalt que j'ai cités plus haut, les employant hydratés et anhydres. Les effets ont été constamment négatifs, et je n'ai pu obtenir la moindre dévitalisation de la pulpe, qui a toujours conservé sa même sensibilité. Dans la crainte de devoir attribuer mes insuccès aux produits peut-être impurs que j'avais achetés dans le commerce, j'ai préparé moi-même les trois oxydes de cobalt. Dans la première quinzaine de janvier, j'ai tenté avec ces produits de nouveaux pansements de caries du 3e degré sans obtenir de meilleures résultats que dans mes premières observations.

Dès cette époque, je soupçonnai la vérité, et j'ai aujourd'hui acquis la certitude que le produit venant de l'étranger sous le nom d'*oxyde de cobalt*, est simplement de l'*arsenic métallique pulvérisé*, nom impropre donné à l'arsenic, et qui dans le commerce porte encore les noms de *cobalt, cobolt, kobolt, cobalt à mouches, poudre aux mouches, mort aux mouches, arsenic noir.*

Reprenant une série d'expériences avec l'*arsenic métallique*, les résultats ont été plus satisfaisants, à la condition toutefois que l'arsenic employé fût pulvérisé depuis longtemps. L'arsenic fraîchement pulvérisé ne m'a jamais donné de résultats favorables.

La théorie de ce phénomène est rationnelle : l'arsenic s'empare rapidement de l'oxygène de l'air pour se transformer en acide arsénieux ou oxyde d'arsenic, si l'on accepte la théorie de certains chimistes qui considèrent l'arsenic comme un métal qu'ils placent dans le même groupe que l'antimoine. Il ressort clairement de ces observations que les propriétés dévitalisantes du produit employé sous la fausse dénomination d'oxyde de cobalt sont dues à la présence d'une quantité plus ou moins considérable d'acide arsénieux.

Reste la propriété antiputride que M. Weber a remarquée et qu'il indique : je crois devoir encore attribuer cette propriété à l'acide arsé-

nieux. Il me suffira de citer le savon arsénical de Bécœur dont les naturalistes se servent pour conserver les dépouilles des animaux. Je prendrai encore parmi les spécialités dont nous nous servons la *nervine anesthésique* du Dr W. Wood, préconisée par un grand nombre de dentistes américains pour le fond des obturations où restent des fragments de pulpe qui n'ont pu être extraits. Ces préparations et leurs similaires ne doivent leurs propriétés qu'aux acides arsénieux ou arséniques qu'elles contiennent.

Je ferai remarquer à mon honorable confrère M. Vacher, qui, dans la discussion de la communication de M. Weber, avait pressenti la présence d'un composé arsénical dans le prétendu oxyde de cobalt employé comme dévitalisateur et stérilisateur de la pulpe dentaire, que la cobaltine ne me paraît pas présenter de caractères antiputrides.

La cobaltine est en effet un arsénio-sulfure de cobalt, et les sulfures d'arsenic, pas plus que les sels arséniométalliques, ne sont considérés comme des antiputrides efficaces. Cette question serait à étudier plus à fond et c'est un simple doute que j'émets sur l'emploi de la cobaltine.

Il résulte donc de la note que je viens d'avoir l'honneur de vous communiquer que les *oxydes de cobalt* n'ont aucune espèce d'action dévitalisante et antiputride sur les tissus organiques et notamment sur la pulpe dentaire. Le produit employé est ou l'arsenic, ou un mélange contenant une grande proportion d'arsenic qui, lui-même, n'agit que par l'acide arsénieux qui s'est formé au contact de l'air.

Je termine par une simple réflexion : en employant l'arsenic, on colore l'intérieur de la cavité d'une teinte noire intense dont il est très difficile de la débarrasser ; cette opération ne peut se faire qu'au détriment des parois dont on est obligé d'enlever une partie. Cet inconvénient n'existe pas avec l'emploi des acides arsénieux ou arsénique dont on peut diminuer l'énergie dévitalisante, si elle est à craindre, par l'addition d'un corps inerte blanc.

Enfin la teinte grisâtre, teinte de dent morte, que prennent rapidement les dents dont la pulpe n'existe plus, et qui se produit à la suite des traitements par les acides arsénieux ou arsénique, se produira vraisemblablement aussi en employant toute autre préparation détruisant la pulpe.

Nous rappelons à nos lecteurs que *l'Odontologie* est une tribune ouverte à tous, où les idées les plus contradictoires peuvent être émises *en matière scientifique*. C'est à ce titre que la communication qui précède a été insérée.

N. D. L. R.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 8 juin 1892.

Présidence de M. Gillard, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. Francis Jean, secrétaire général, donne lecture du procès-verbal, qui est adopté.

I. — Appareil a parallélisme pour pivots, par M. Prével

M. Prével donne lecture d'une communication sur ce sujet (insérée aux *Travaux originaux*, p. 298) et présente l'appareil dont il promet une démonstration pratique pour un dimanche matin.

DISCUSSION

M. Gillard. — J'ai vu dernièrement un appareil à peu près semblable, émanant du même mécanicien, mais grossièrement fait et dont le moyen de serrage des pivots était moins pratique; celui-ci, au contraire, est bien construit, et c'est déjà une bonne condition.

M. Prével. — L'emploi donnera plutôt que la description la mesure de ce qu'on peut en attendre.

II. — Réimplantation a la suite d'un traumatisme, par M. Paulme

M. Paulme lit une communication (insérée aux *Travaux originaux*, p. 299) et présente le sujet.

DISCUSSION

M. Gillard. — M. Paulme vous recommande de ne pas vous effrayer de la durée de la consolidation, mais il ne faut pas s'illusionner non plus sur celle du résultat.

M. Paulme. — La dent a mis longtemps, en effet, à se consolider. J'ajoute à l'appui de ce que dit M. Gillard que, dans une réimplantation à laquelle j'ai procédé de concert avec M. Lemerle, j'ai dû enlever la dent au bout de six mois; les racines étaient résorbées, comme cela se passe pour les dents de lait; le ciment qui les avait obturées avait lui-même disparu.

M. Francis Jean. — Au début du traitement y a-t-il eu une période inflammatoire?

M. Paulme. — Non.

M. Gillard. — Les réimplantations généralement durent tout au plus quatre ou cinq ans. Ainsi j'ai vu aujourd'hui une grosse molaire inférieure gauche réimplantée qui était tombée dans la bouche de la malade par suite de résorption radiculaire; elle avait duré un peu plus de trois ans. La résorption dans ce cas n'affecte pas toujours la forme dont parle M. Paulme; les racines sont le plus souvent nécrosées partiellement et en différents points.

III. — Obturation a l'aide d'émail naturel, par M. Legros

M. Legros fait une communication sur ce sujet (insérée aux *Travaux originaux*, p. 303) et présente le patient.

DISCUSSION

M. Frantz. — Comme solidité c'est suffisant, mais, au point de vue de l'esthétique, il y a une solution de continuité par trop apparente.

M. Legros. — M. Chauvin m'avait dit d'abord d'obturer avec un ciment : j'avais préparé ma cavité pour cela. M. Heidé ensuite m'a conseillé l'application du morceau d'émail fracturé; c'est en raison de cette première préparation de la cavité que le travail n'est pas parfait.

M. Gillard. — Ce travail a du moins le mérite d'être présenté par un élève. L'idée de fixer le même morceau d'émail est assez ingénieuse et le travail assez solide puisqu'il a été fait en janvier.

IV. — Nouveau mode de fermeture des tubes de chlorure d'éthyle, par M. Gillard

M. Gillard. — L'emploi du chlorure d'éthyle présente un inconvénient : lorsqu'on a ouvert un tube et qu'on s'est servi d'une certaine quantité de liquide, quelle qu'elle soit, le reste est perdu à cause de la difficulté de refermer hermétiquement le tube.

On a bien indiqué des moyens pour cela : c'est ainsi que, dans le dernier numéro de l'*Odontologie*, on recommande d'obturer le tube avec les doigts; mais ceci ne peut se pratiquer que momentanément et encore au risque de se blesser avec les languettes de verre provenant de la rupture. M. Paulme a indiqué, de son côté, la gutta et M. Meng la cire; ces moyens sont insuffisants.

Moi, je vous conseille de fermer tout simplement le tube en faisant refondre l'extrémité à la lampe à alcool. En voici deux fermés, l'un depuis hier, l'autre depuis huit jours, sans qu'il ait eu la moindre déperdition de liquide. Vous procédez ainsi qu'il suit : vous coupez le tube le plus près possible du bout, en faisant au préalable un petit trait circulaire avec une lime. Vous employez ce qui vous est nécessaire, puis vous le tenez entre vos doigts au moyen d'un linge imbibé d'eau. Vous placez alors l'extrémité du verre à obturer sur la flamme d'alcool, et dès que cette pointe est rouge elle est assez malléable, vous la serrez alors avec une pince. Vous laissez refroidir et reposer quelque temps en donnant au tube la position verticale pour que le liquide ne touche pas la partie chauffée, après refroidissement la position horizontale n'a plus d'inconvénient.

V. — Caries de cause professionnelle, par M. Héraud

En l'absence de *M. Héraud* M. Löwenthal donne lecture d'une communication sur ce sujet (insérée aux *Travaux originaux*, p. 304) et présente la malade.

DISCUSSION

M. Francis Jean. — Dans ce cas la cause professionnelle est concluante.

M. Gillard. — Nous constatons avec plaisir les efforts des élèves de l'Ecole et félicitons M. Héraud de son intéressant travail.

VI. — De la périodontite expulsive, par M. Joseph

M. Joseph lit une étude sur cette question (voir *Travaux originaux*, p. 291).

M. Gillard. — Nous ne pouvons que remercier M. Joseph de son travail sérieux et approfondi dont nous n'avons qu'à tirer profit.

VII. — Exostose éburnée du crane et de la face, par M. Choquet, de Toulouse

M. Francis Jean donne lecture, de la part de *M. Choquet*, d'une communication sur ce sujet (insérée aux *Travaux originaux*, p. 301) accompagnée de quatre grandes photographies réprésentant le crâne de l'individu, que M. Choquet offre gracieusement au Musée de l'Ecole.

DISCUSSION

M. Roy. — C'est une affection assez rare qu'on appelait autrefois *exostose* et qu'on dénomme maintenant *hypertrophie* du maxillaire; elle a une marche très lente, mais progressive.

M. Touchard. — Le Musée Dupuytren possède un cas analogue.

M. Roy. — On en rencontre quelques-uns, en effet, et, sans qu'ils soient très nombreux, ils sont suffisants pour qu'on en ait fait l'objet d'une classification spéciale.

M. Gillard. — J'adresse, au nom de la Société, des remercîments à M. Choquet pour ce don généreux.

M. Touchard. — Il serait bon que ces remercîments fussent exprimés autrement que par la voie du procès-verbal. M. le secrétaire général pourrait en faire l'objet d'une lettre à M. Choquet.

Cette proposition est adoptée.

La séance est levée a dix heures trois quarts.

Le secrétaire général,
Francis Jean.

REVUE DE L'ÉTRANGER

EXTIRPATION INDOLORE DES NERFS DENTAIRES

Par M. Hirschfeld, de Paris.

Aussitôt que la nécessité s'impose de détruire ou d'extirper les nerfs des dents cariées, il est en même temps du devoir du dentiste consciencieux d'exécuter cette opération, qui inspire peu de confiance

au patient, avec le moins de douleur possible. Les moyens les plus employés dans ce but sont les pâtes à l'arsenic dont l'effet est, il est vrai, absolument sûr, mais dont l'emploi entraîne toujours divers inconvénients qui peuvent être caractérisés comme il suit :

1° Plus ou moins de douleurs persistantes, provoquées par une irritation des vaisseaux sanguins de la pulpe due à l'action de l'arsenic ;

2° Nécessité d'une manipulation très soigneuse de la pâte et fermeture hermétique de la cavité (surtout dans les cavités proximales) pour éviter l'inflammation du bord gingival environnant ;

3° Danger de périostite avec l'usage répété de la pâte.

Pour éviter les douleurs et empêcher l irritation de la gencive, le Dr Sachs, de Breslau, recommande le procédé suivant pour l'application de la pâte arsénicale :

Mise en place de la digue, enlèvement des parties cariées de la dentine, élargissement éventuel de la cavité pulpaire exposée, application modérée de la pâte conjointement avec l'acide phénique, couverture de l'application par une coiffe de métal ou de papier avant la fermeture de la cavité par une obturation provisoire. Employée de cette manière, la pâte caustique ne cause que peu ou point de douleur et permet, quelques jours après, d'enlever la pulpe morte avec une sensation insignifiante. Le reproche principal qu'on peut adresser à ce procédé c'est la complication de la méthode, tant pour le patient que pour le dentiste. Lorsque le premier, après des souffrances de plusieurs jours causées par la pulpite, vient nous consulter, on ne peut pas le tourmenter encore par le placement de la digue et l'excavation des couches de dentine amollies. D'ailleurs le Dr Sachs concède lui-même que son procédé est inapplicable, au moins d'une manière exacte, pour les cavités d'un accès difficile, telles que les cavités distales des molaires.

La question est donc de trouver un moyen d'extirper les nerfs qui, avec une absence absolue de douleur, nous offre une manipulation facile et une garantie contre une périostite possible.

Toutes ces conditions se trouvent remplies par une préparation fabriquée par la maison White sous le nom de *fibres pour nerfs de Thomas* [1]. Avec ce médicament, nous n'avons pas affaire à une masse liquide épaisse, mais bien à de la ouate saturée d'une solution arsénicale. Il présente une couleur brun foncé, il est sec et préparé de telle façon que la particule la plus petite contient assez de substance caustique pour agir sur la pulpe. L'absence absolue de douleur qui résulte de l'emploi de ce médicament est-elle due à la présence de l'huile d'œillet qui se décèle par son odeur particulière? Je laisse la question de côté ; toujours est-il qu'un emploi judicieux de cette fibre nous met entre les mains le moyen de garantir au patient avec certitude absolue une opération indolore. Il convient de suivre à cet égard un mode opératoire auquel, après de nombreuses observations, j'ai recours avec les meilleurs succès depuis bien des années.

1. Nos confrères qui seraient désireux d'essayer ce produit pourront se le procurer dans la maison Cornelsen.

Je divise l'ensemble de l'opération de l'extirpation de la pulpe, à partir de la première application de la ouate arséniquée jusqu'à l'obturation définitive de la racine et de la dent, en 4 parties correspondant à autant de visites du patient, savoir :

1° Destruction de toute sensibité chez le patient et à la surface de la pulpe ;

2° Enlèvement de la dentine cariée et ouverture de la chambre pulpaire ;

3° Extirpation de la pulpe de la couronne, établissement d'un accès libre et direct jusqu'à la pulpe de la racine ;

4° Extirpation des nerfs de la racine, obturation de la racine et des dents.

Quand nous avons porté notre diagnostic d'une manière irréfutable sur la destruction de la pulpe, nous devons nous efforcer d'éviter la douleur à la première application de ouate de nerfs. Cela est surtout le cas quand nous sommes consultés par des patients pour des maux de dents résultant de pulpe exposée. Au lieu de fatiguer le patient, comme cela se fait quand on emploie des pâtes caustiques épaisses, par la pose de la digue, et principalement par l'excavation de la masse de la dent amollie, il suffit, dans cette première visite, d'introduire une faible quantité de ouate fibreuse dans la cavité préalablement séchée avec de la ouate de façon à ce qu'elle vienne en contact à peu près avec la pulpe mise à nu ; cette application est munie d'une simple occlusion au moyen de ouate imprégnée de mastic et on prie le patient de revenir 24 heures après.

Le but de cette première application n'est nullement de détruire complètement la pulpe, mais uniquement de débarrasser le patient de douleurs (en cas de pulpite) et de provoquer en même temps une absence absolue de sensibilité de la dentine cariée et de la surface de la pulpe.

Quand le patient revient le lendemain, il est débarrassé de toute douleur et, après enlèvement des deux parties de ouate, on constate avec l'excavation une insensibilité complète de la dentine ainsi que de la pulpe. Cela nous permet alors de passer à la deuxième partie de l'opération.

On enlève — autant que possible avec le tour — toute trace de carie et on peut apercevoir librement la pulpe dont l'accès doit s'élargir avec ménagement. Cette partie s'exécute absolument sans douleur. La dent est alors prête pour une nouvelle application de la fibre pour nerfs, laquelle se distingue de la première en ce sens qu'on peut agir plus énergiquement, c'est-à-dire employer une quantité notamment plus considérable de fibres qu'on insère fortement dans la cavité pulpaire. Il va de soi qu'il faut refermer soigneusement la cavité avec de la ouate et du mastic. On congédie le patient en lui recommandant de venir dans 2 ou 3 jours. Dans cet intervalle, la mort de la pulpe s'approche à grands pas et nous permet, à la visite suivante, de procéder à une autre application.

Nous profitons de cette séance pour enlever avec le tour la partie coronaire de la pulpe, de sorte qu'il ne reste pour l'extraction défini-

tive que la partie radiculaire. Mais en même temps il est absolument nécessaire de dégager l'accès du canal radiculaire suffisamment pour que le tire-nerf ne soit ni gêné dans l'extirpation par des saillies ni brisé.

A cette occasion, qu'il me soit permis d'ajouter quelques remarques sur ce qu'on appelle des *cas difficiles*. Les difficultés ne se rencontrent quand on enlève les nerfs que lorsque la cavité des dents est placée de telle manière qu'il n'existe point de ligne droite pour le mouvement de rotation du tire-nerf. Il en est surtout ainsi pour les cavités distales des molaires. Dans ces cas, il faut enlever une portion de la surface de la couronne avec le couteau à émail et le tour et relier avec la cavité latérale. Par l'observation de ce principe, l'extirpation des nerfs est simplifiée, même dans les cas difficiles, et avec une peine relativement minime on obtient dans l'extirpation de ceux des cavités distales des molaires les mêmes résultats favorables que pour les dents du devant.

Cette troisième partie de l'opération est donc la plus importante et ce n'est que par la préparation judicieuse d'un accès direct au canal de la racine qu'on parvient à enlever la pulpe facilement et sans douleur.

Cette préparation une fois achevée, il convient de laver soigneusement la cavité avec de l'eau. Quand elle est sèche, une troisième et dernière application de fibres pour nerfs est nécessaire ; il faut y procéder de façon à ce que la ouate pour nerfs soit fortement comprimée avec l'excavateur dans l'entrée du canal. La dent est alors obturée provisoirement à la gutta-percha et le patient revient seulement 2 à 3 semaines plus tard. Ce long espace de temps est inévitable pour avoir la certitude de pouvoir enlever sans douleur la totalité de la racine de la pulpe.

A la quatrième visite, la gutta-percha et la ouate pour nerfs une fois enlevées, on entreprend l'extirpation de la pulpe de la racine. Les tire-nerfs que nous employons le plus souvent pour cela sont ceux de White, de dimensions assorties. Ils sont la plupart du temps démesurément longs, trop gros, et se brisent parfois pendant la rotation. Je me sers déjà depuis quelques années des petites dimensions qui sont notamment plus fines, plus courtes et plus résistantes que les précédentes. Quant à l'extraction de la pulpe, l'école américaine nous recommande l'enlèvement radical de toute particule nerveuse, et quand cela n'est pas possible au moyen du tire-nerf, l'ouverture des canaux avec des fraises à nerf ou avec le tour. Ce procédé me semble impropre pour bien des motifs. Il est prouvé aujourd'hui irréfutablement que, lorsque le calibre des canaux radiculaires est démesurément étroit, lorsqu'il ne reste au tire-nerf aucun champ pour opérer, les restes de racine de la pulpe peuvent demeurer dans la racine sans aucun inconvénient. Nous nous exposons donc toujours en ouvrant les canaux au danger de briser dans la racine les pointes de fraises naturellement extrêmement fines ou de perforer latéralement la racine en pénétrant plus avant.

Contentons-nous donc simplement d'extirper la pulpe au moyen du tire-nerf.

Le traitement final du canal radiculaire et l'obturation de la dent peuvent être faits dans cette quatrième séance. Le premier doit être à la fois très rationnel et très simple, d'après le Dr Sachs, qui le décrit ainsi :

Mélanger sur une plaque de verre une petite quantité de poudre comprenant 7 parties d'oxyde de zinc et 3 d'iodoforme avec une goutte d'acide phénique de manière à former une pâte liquide, dans laquelle on plonge un tire-nerf entouré de ouate. Introduire plusieurs fois ce tire-nerf dans le canal et y pousser ensuite un petit morceau de gutta-percha chauffée. La pâte qui s'attache aux parois du canal agit comme désinfectant permanent et empêche la corruption des restes de pulpe qui peuvent encore se trouver dans le canal en même temps qu'elle enveloppe celle-ci complètement; la gutta ferme le foramen de la racine.

On peut obturer sur le champ une dent ainsi traitée sans avoir à craindre de symptômes de périostite. Je bouche la cavité de la couronne, la plupart du temps avec du ciment pour donner un appui plus solide aux parois de la dent. Si l'on se propose une obturation d'amalgame ou une aurification, enlever environ un tiers de la couche de ciment et y pratiquer les rainures et les points de rétention nécessaires pour fixer l'obturation de métal.

Le principal reproche qu'on puisse faire à la méthode d'extirpation des nerfs qui précède, c'est celui du long espace de temps nécessaire pour enlever la pulpe sans douleur au moyen des fibres de Thomas. Quelquefois les patients sont obligés de faire un voyage 2 ou 3 jours après. Dans ce cas, il est du devoir du dentiste consciencieux de déclarer franchement au patient après les deux premières applications que l'extraction des nerfs qui va avoir lieu entraînera une douleur courte. Il importe seulement d'observer que le canal des nerfs doit être bien débarrassé pour exécuter l'extirpation aussi rapidement que possible. Mais ma méthode est principalement dédiée à ceux de mes confrères auxquels il est loisible de demeurer en rapports constants avec leurs patients et de mériter la reconnaissance de ceux-ci non seulement par un bon travail, mais aussi par un traitement humain.

(Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde.)

DENT CANINE INSÉRÉE DANS L'ÉPAISSEUR DE LA VOUTE PALATINE

Par M. Paolo Carreras, de Pise.

Le 4 janvier, se présenta à mon cabinet, une dame S. B., âgée de 48 ans, née à Castagneto, envoyée par un médecin qui m'écrivait en me priant de faire à cette dame un nouveau dentier, celui qu'elle portait ayant amené une nécrose de la voûte palatine.

A l'examen du sujet, je remarquai dans la voûte palatine, à droite,

à un centimètre du bord alvéolaire dépourvu de dents et à proximité de la ligne médiane, un corps dur de forme elliptique avec un diamètre antéro-postérieur de 4 millimètres et un diamètre transversal de 3 millimètres, au contact duquel la muqueuse qui revêt la voûte palatine s'était ulcérée et avait laissé ce corps à découvert. A ce point correspondait le bord de la chambre à air qu'on avait faite au dentier que portait cette dame et à la pression duquel était attribuée la cause de la nécrose supposée.

J'observai attentivement ce corps dur resté découvert, mais je ne pus lui découvrir les caractères de l'os et encore moins ceux de l'os nécrosé, non plus que les symptômes qui accompagnent d'ordinaire la nécrose. En outre, en parcourant la surface de ce corps avec un périostotome, je notai qu'il ne se trouvait pas au niveau même de la voûte palatine, mais bien un peu en saillie du plan de celle-ci et, rencontrant de la dureté, en cherchant à l'effleurer avec une spatule de Volkmann, je constatai la dureté de l'émail et, à la percussion, j'obtins un son qui me révéla la dureté de l'émail et non du tissu osseux.

Le résultat de cet examen minutieux me convainquit qu'il s'agissait d'une dent insérée dans la voûte palatine et qu'elle avait la position horizontale, mais qu'elle était profondément enchâssée dans la voûte en correspondance avec la paroi inférieure des fosses nasales; si on l'enlevait on se trouverait probablement en communication avec les dites cavités. Je dis tout cela à la patiente et lui proposai l'avulsion. Mais, comme une opinion différente de la mienne avait été émise par le médecin sur la nature du mal, j'invitai la patiente à m'accompagner à la clinique chirurgicale où elle fut examinée par le chirurgien qui porta précisément le même diagnostic que moi, et nous nous mîmes en devoir d'extraire la dent supposée.

Cette opération offrit quelques difficultés; mais, finalement, nous réussîmes à enlever une grosse canine, placée horizontalement dans l'épaisseur de la voûte palatine, avec la couronne tournée postérieurement et la racine, avec l'apex courbé en crochet, tournée antérieurement.

Une fois l'avulsion pratiquée, nous constatâmes que l'ouverture qui restait, communiquait réellement avec les fosses nasales, comme je l'avais prévu; mais cette ouverture se bouchera promptement et, d'une façon complète, le faux palais du dentier artificiel servant momentanément beaucoup plus d'obturateur.

J'ai jugé utile de rendre compte de ce cas, quelque peu étrange, pour permettre aux autres d'éviter des erreurs de diagnostic, en observant qu'un cas analogue est cité par Baume dans ses recherches odontologiques.

(*Il Progresso dentistico.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

RÉSUMÉ DES PROCÈS-VERBAUX DU CONSEIL DE DIRECTION

Séance du 26 avril 1892

Présidence de M. Gillard, vice-président.

Sont présents : MM. Barrié, Bertrand, Billebaut, Bonnard, Denis, Gillard, Gravollet, Francis Jean, Lermerle, Lôwenthal, Martinier, Paulme, Quincerot, Touchard, Tusseau, Viau.

M. Lecaudey se fait excuser par lettre.

M. le secrétaire des séances donne lecture du procès-verbal de la séance du 12 avril qui est adopté sans observations.

M. Tusseau donne lecture de la correspondance qui comprend :

1° Lettre de M. *Duvoisin* par laquelle il s'excuse de l'irrégularité de son service ;

2° Lettre de M. *Lecaudey* sollicitant pour M. *Loup* un congé en raison de son mariage prochain.

Deux mois de congé sont accordés à M. Loup ;

3° Lettre de M. *Godon* exprimant le désir que le secrétaire comptable de l'Ecole soit à sa disposition une fois par semaine afin de lui permettre de mettre en ordre les papiers de l'Ecole dont il est détenteur et qu'il doit remettre à la direction actuelle.

M. Tusseau rappelle que tout d'abord M. Godon désirait ne remettre les papiers qu'à M. Lecaudey.

M. Gillard propose qu'il soit réclamé à M. Godon une liste des pièces qu'il remettra, sous réserves de réclamations possibles.

Le Conseil accepte cette proposition, mais ne croit pas devoir mettre le secrétaire comptable de l'Ecole à la disposition de M. Godon ;

4° Lettre de M. *Paulme* démonstrateur, formulant une plainte contre un élève ;

5° Lettre d'excuses dudit élève.

M. Gillard informe le Conseil de son entrevue avec cet élève ; il l'a prévenu qu'en raison de son indiscipline il ne pouvait éviter une punition malgré l'indulgence du Conseil réclamée par lui.

De la discussion et des explications données à ce sujet par différents membres il résulte que le Conseil vote l'exclusion de la clinique de l'élève X., pendant huit jours ;

6° Lettre de Mme X., demandant à ne pas remplir vis-à-vis de l'Ecole les engagements pris par elle au sujet de son fils. Le Conseil ne fait pas droit à la demande de Mme X ;

7° Lettre d'une agence de renseignements, *La Sûreté du Commerce.*

M. Tusseau demande à ce sujet un crédit de 20 francs pour la conservation et la validité du carnet des fiches de renseignements.

Le Conseil accorde ce crédit.

Admission.

M. Hammonet D. E. D. P. est admis comme membre de l'Association générale des dentistes de France.

Demandes d'admission.

M. Hesse présenté par MM. Martinier et Bonnard.

M. Bernard, de Courbevoie, présenté par MM. Mamelzer et Duchesne.

Démission.

M. Monnin de Lámothe, du Mans, donne sa démission de membre de l'Association générale des dentistes de France. Cette démission est acceptée.

M. Viau, trésorier, informe le Conseil à titre de renseignement de la teneur de son rapport financier ; il fait appel à la ponctualité des membres de la commission afin de terminer cette question au plus tôt. Il juge la présence de M. Ronnet nécessaire pour certaines explications, et est d'avis de le convoquer à la prochaine réunion.

M. Gravollet se plaint de l'envoi tardif des convocations. A ce sujet *M. Tusseau* donne des explications.

M. Gravollet propose d'augmenter la commission des finances de deux membres. Cette proposition est adoptée par le Conseil, qui désigne à cet effet MM. *Barrié* et *Löwenthal*.

Rapport de la Commission d'Enseignement.

M. Gillard donne lecture de ce rapport et demande ensuite le vote sur chaque question en particulier.

1° Le règlement de la clinique est adopté ;

2° Le règlement concernant la dentisterie opératoire est adopté également ;

3° Ouverture d'un concours pour trois postes de professeurs suppléants de clinique et trois postes de professeurs suppléants de dentisterie opératoire.

Le Conseil décide que ces concours auront lieu dans la 2e quinzaine du mois de juillet prochain;

4° Affichage dans la salle d'attente de la clinique d'un avis informant les malades non nécessiteux de la décision prise par le Conseil à leur égard. Adopté.

5° Création d'un répertoire sur lequel figurera le nom des patients non nécessiteux refusés à la clinique ou renvoyés en cours de traitement et spécifiant les motifs du refus. Adopté.

M. Bonnard demande que la question relative aux aurifications gratuites soit traitée à la prochaine séance. Adopté.

M. Gillard présente une demande de M. Hess, de Montbéliard, ancien élève admis en 3e année en 1885, tendant à son admission à l'Ecole.

Le Conseil décide son admission pour la scolarité 91-92, session d'octobre.

Mme X., sage-femme, demande à être dispensée des examens théoriques.

Les règlements en vigueur étant formels à ce sujet, le Conseil ne peut faire droit à cette demande.

M. Gravollet informe le Conseil d'un projet de règlement pour la bibliothèque afin d'éviter les abus. Il arrive fréquemment que les livres séjournent par trop longtemps chez leurs lecteurs, des ouvrages même ont disparu. En conséquence M. Gravollet prie le Conseil de bien vouloir voter une somme de 200 francs pour lui permettre de remplacer les livres manquants.

M. Lemerle fait remarquer qu'une somme de 500 francs est affectée annuellement à la bibliothèque.

Le Conseil décide que le banquet annuel de l'Association générale des dentiste de France aura lieu dans le courant du mois de mai.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Séance du 10 mai 1892

Présidence de M. LEMERLE, vice-président.

Sont présents : MM. Barrié, Bertrand, Billet, Billebaut, Bonnard, Denis, Gillard, Horay, Francis Jean, Löwenthal, Lemerle, Martinier, Quincerot, Tusseau et Viau.

M. Lecaudey se fait excuser par lettre.

La lecture du procès-verbal est remise à la prochaine séance.

M. Tusseau donne lecture de la correspondance qui comprend:

1° Une lettre de démission de *M. Legret*, chef de clinique.

Le Conseil charge MM. Gillard et Horay d'une démarche auprès de M. Legret et espère qu'ils sauront faire revenir sur sa décision un ancien collègue qui a les sympathies de tous;

2° Lettre de *M. Heidé*, professeur, se plaignant de l'incorrection d'un élève pour lequel il demande une peine disciplinaire.

Après discussion le Conseil décide d'infliger huit jours d'exclusion à cet élève;

3° Lettre de M. *Ronnet* se plaignant du changement de jour de la clinique d'anesthésie et de son remplacement comme assistant. Il considère cet acte comme une révocation.

M. Gillard rappelle les causes qui ont nécessité le changement de ce service.

Depuis plus d'un mois M. Ronnet avait refusé de s'occuper de son service et cela sans en prévenir l'administration. Les plaintes se succédaient pour ainsi dire, sans interruption; des personnes étaient venues quatre et cinq fois dans l'espoir de se faire opérer.

Sur l'avis de M. Lecaudey le Conseil chargea M. Gillard d'assurer le service dans le plus bref délai, ce qu'il fit en proposant M. le docteur Pinet en remplacement de M. Isch Wall à titre provisoire, M. Gillard ne voyant aucun inconvénient à changer le jour de ce service, M. Ronnet s'étant plaint à plusieurs reprises du surcroit de travail imposé par ce service. Or, depuis un mois et demi le Dr Pinet s'acquitte de son service avec ponctualité, assisté de M. Viau. En conséquence M. Gillard propose la nomination du docteur Pinet comme professeur d'anesthésie pratique.

Le Conseil apprécie les services qui lui ont été rendus depuis plusieurs années par M. Ronnet. Mais en raison de son abstention trop prolongée et pour des raisons d'administration le Conseil décide de pourvoir à son remplacement. M. le docteur *Pinet*, qui réunit les suffrages du Conseil, est nommé titulaire de ce cours pratique qui, à l'avenir, aura lieu le mardi. M. Viau restera à titre de professeur assistant.

Admission.

M. Hess, de Montbéliard, est admis comme membre de l'Association générale.

Demandes d'admission.

M. Delorme présenté par MM. Joseph et Roy.

M. Franck présenté par MM. Willer et Löwenthal.

M. Bonnard demande que l'on soit plus rigoureux à l'égard des personnes non nécessiteuses qui viennent réclamer les soins de l'Ecole, qui sont donnés au détriment des indigents. A l'appui de sa réclamation il propose :

1° Que les patients reconnus à même de payer les soins qui peuvent leur être donnés soient adressés à des dentistes diplômés ;

2° Faire bénéficier les malades de la gratuité des aurifications et pour cela augmenter un peu le montant des inscriptions des élèves afin de combler la dépense que cette nouvelle organisation pourrait entraîner.

M. Tusseau rappelle que la question est à l'étude depuis cinq ans sans qu'on ait pu trouver de solution pratique. Une sélection à faire dans le public fréquentant la clinique lui paraît difficile. Aussi dans l'intérêt de l'Ecole propose-t-il le maintien de l'état de choses actuel.

M. Gillard appuie cette proposition.

Le Conseil ne croit pas devoir adopter les propositions de M. Bonnard qui sont repoussées par 12 voix contre 2.

M. Billet, secrétaire de la commission des finances, informe le Conseil qu'une lettre fut adressée à M. Ronnet, le priant de bien vouloir se rendre à la réunion de la dite commission. Or M. Ronnet, ne s'est non seulement pas présenté à la réunion, mais n'a pas répondu à la convocation.

En présence du silence de M. Ronnet, le Conseil décide de présenter à l'assemblée générale les comptes vérifiés par la commission et désigne *M. Gillard* comme rapporteur.

Le Conseil décide en outre la publication du rapport de la commission et son envoi en même temps que la convocation à l'assemblée générale. Lecture de ce rapport sera faite à l'Assemblée.

L'assemblée générale est fixée au 31 mai prochain ;

L'ordre du jour portera :

1° Situation financière de l'Ecole depuis sa fondation ;

2° Situation faite à l'Ecole par le fait de la reconnaissance d'utilité publique ;

3° Modifications aux statuts et propositions diverses.

M. Tusseau rappelle que la reconnaissance d'utilité publique de l'Ecole entraîne la scission de l'Ecole dentaire et de l'Association générale en raison des nouveaux statuts imposés.

Le Conseil décide le renvoi de cette proposition à une commission qui soumettra son rapport au Conseil avant qu'il en soit donné connaissance à l'assemblée générale. *M. Tusseau* est nommé rapporteur.

M. Tusseau, en raison de son prochain mariage, demande un congé de trois mois.

Le Conseil accorde ce congé et, en vertu du règlement, désigne M. Francis Jean, secrétaire correspondant, pour remplacer M. Tusseau.

M. Gillard propose la création d'un cours théorique de dentisterie opératoire.

Cette proposition est renvoyée à la commission d'enseignement.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Séance du 24 mai 1892.

Présidence de M. Gillard, vice-président.

Sont présents : MM. Bonnard, Barrié, Gillard, Horay, Denis, Lemerle, Lôwenthal, Martinier, Billebaut, Paulme, Francis Jean, Viau, Touchard.

M. Quincerot s'excuse par lettre de ne pouvoir assister au Conseil et donne sa démission de secrétaire des séances.

M. Bonnard, sur l'invitation du Conseil, accepte de le remplacer dans ses fonctions.

Le Conseil décide que les procès-verbaux seront à l'avenir signés du secrétaire qui les aura rédigés. Ces procès-verbaux devront être remis au secrétaire général ou au secrétaire correspondant pour la publication dans le journal.

M. Francis Jean donne lecture du procès-verbal de la séance du 12 avril, qui est adopté sans observations.

M. Gillard donne lecture d'une lettre de *M. Loup* qui demande à remplacer comme chef de clinique M. Legret dont il a appris la démission. Mais, ce dernier, sur les démarches de MM. Horay et Gillard étant revenu sur sa décision, le Conseil n'autorise M. Loup qu'à faire l'intérim jusqu'à la fin du congé que M. Legret a sollicité pour raisons de famille.

Admission.

M. F. Delorme est admis comme membre de l'Association générale des dentistes de France.

M. Gillard donne lecture de son rapport sur la gestion financière de l'Ecole depuis sa fondation, qui est adopté après observation de *M. Viau*. Un crédit de 50 francs est voté pour l'impression de ce document qui est confiée à M. Bonnard.

En raison de l'absence de *M. Tusseau*, la lecture du rapport qu'il devait présenter est remise à la prochaine séance.

M. Lemerle propose quelques modifications aux enseignes de l'Ecole à cause de la reconnaissance d'utilité publique. — Adopté.

M Francis Jean fait, au nom du bureau, une proposition pour un nouveau mode de fonctionnement de la clinique.

Le Conseil nomme une commission composée de MM. Barrié, Bonnard, Francis Jean, Lôwenthal et Touchard, pour étudier cette question.

M. Gillard donne lecture d'une lettre de *M. Touchard* proposant sa candidature à un poste de démonstrateur.

Après examen des titres des candidats inscrits, le Conseil décide les nominations suivantes :

MM. Touvet-Fanton et Touchard comme démonstrateurs.

MM. Arnold et Houbriet comme préparateurs de cours.

M. Touchard propose la nomination d'une commission pour étudier l'envoi de délégués au congrès de Chicago. Renvoyé à la commission des congrès régionaux.

La séance est levée à 11 h. 1/4.

Le secrétaire des séances,
BONNARD.

MISCELLANEA

I. Perforation syphilitique du voile du palais. — II. Lésions des muqueuses de la bouche entretenues par des dents saines. De leur traitement. — III. Un cas de déviation de la cloison des fosses nasales corrigée par un traumatisme. — IV. Epulis fibro-sarcomateux de la mâchoire inférieure. Résection du maxillaire. Guérison. — V. Hémispasme facial chez un hystérique saturnin. — VI. Mort pendant l'anesthésie au chloroforme. — VII. Mort due à la septicémie provoquée par une dent. — VIII. Phlegmons septiques sus-hyoïdiens (angine de Ludwig), phlegmon du médiastin et trépanation du sternum.

I. — PERFORATION SYPHILITIQUE DU VOILE DU PALAIS

Leçon faite à l'hôpital de la Charité par M. le Professeur DUPLAY.

Au n° 8 de la salle Velpeau est couché un homme de 34 ans, garçon d'hôtel, que nous allons opérer tout à l'heure, et qui est atteint d'une perforation syphilitique du voile du palais.

En mars dernier, cet homme vit se développer à la voûte palatine, un peu à gauche de la ligne médiane, une petite tumeur molle, indolente, de la grosseur d'un grain de café. Après dix jours environ, cette tumeur s'ouvrit, il s'écoula un peu de liquide, puis les aliments pénétrèrent dans le nez au moment de la déglutition : la perforation s'était établie.

A l'examen direct, on constate que la perte de substance siège à peu près à égale distance entre l'arcade dentaire et le bord du voile du palais. Elle est un peu à gauche de la ligne médiane, comme je vous l'ai déjà dit et, par suite de sa forme elliptique, elle mesure 2 centimètres d'avant en arrière et 1 centimètre et demi transversalement. Les bords sont revêtus d'un tissu cicatriciel qui unit les muqueuses palatine et pituitaire. On pénètre largement dans les fosses nasales et il est alors facile de constater que la cloison est déviée à gauche. Le malade présente les troubles fonctionnels habituels qui se manifestent surtout au moment de la déglutition et de la phonation. Quand il veut parler, il parvient à rendre sa voix intelligible à l'aide d'un bouchon de mie de pain au moyen duquel il ferme la perforation.

Il y a plusieurs variétés de perforation de la voûte palatine. Je dois vous citer d'abord la perforation congénitale, à laquelle, du reste, nous ne pouvons songer ici, car il y a toujours en même temps une division complète du voile. Il y a encore des perforations traumatiques qui sont presque toujours le résultat d'une plaie par arme à feu : inutile d'y insister, puisque notre malade ne présente pas de traumatisme dans ses antécédents. Restent les perforations spontanées, qui peuvent être de deux sortes : perforation scrofulo-tuberculeuse; perforation syphilitique. La perforation scrofulo-tuberculeuse est extrêmement rare dans la partie osseuse de la voûte palatine, et presque toujours elle siège sur la voûte membraneuse. Elle se présente ou bien sous la forme d'une perforation très petite qu'il faut chercher avec le stylet, ou bien sous celle d'une grande destruction de la muqueuse ; presque jamais la perforation ne reste dans des dimensions modérées comme chez notre malade. Comme, de plus, nous n'avons aucune raison, dans notre cas, de soupçonner la tuberculose, nous sommes conduit à admettre l'existence de la syphilis, qu'il faut, du reste, apprendre à reconnaître même quand les malades ne l'avouent pas. Très fréquemment, en effet, les malades, soit par ignorance réelle, soit par suite d'un sentiment que vous comprenez facilement, cherchent à égarer le médecin sur ce point.

Notre malade reconnaît, du reste, qu'il a été atteint il y a quelques années d'un chancre qui a été suivi de plaques muqueuses de la gorge, de chute des cheveux, et d'une affection oculaire qui était peut-être une iritis.

Comment la syphilis agit-elle pour produire des perforations de la voûte palatine ? On dit, dans les livres classiques, que ces perforations succèdent à des gommes qui décollent la fibro-muqueuse palatine et que l'os, dénudé, s'ulcère et tombe en produisant une perte de substance. Or en y regardant de près, j'ai été frappé de certains faits qui m'empêchent d'admettre cette pathogénie. Tout d'abord, la perforation siège presque toujours sur la ligne médiane, empiétant un peu latéralement. Or, il n'y a aucune raison pour que la gomme se développe toujours en ce point, et elle devrait pouvoir se produire sur toute l'étendue de la voûte. En deuxième lieu, avec la théorie classique, on ne s'explique pas comment il y a toujours destruction de la totalité de l'épaisseur de l'os. Tous les jours, des gommes sous-périostées se développent au crâne et laissent l'os à nu ; la nécrose se produit sur une épaisseur plus ou moins grande, mais il reste une partie intacte du côté de la dure-mère.

Depuis longtemps, je suis convaincu que la doctrine classique n'est pas conforme à la réalité des faits. Quand on interroge soigneusement les malades, qu'on a eu occasion de les suivre longtemps, on s'aperçoit que, bien qu'ils n'accusent que l'apparition d'une tumeur, que l'on regarde comme gommeuse, au voile du palais, ils présentent un autre accident de la syphilis tertiaire, un coryza, un ozène syphilitique. En interrogeant notre malade, nous avons appris que depuis longtemps il avait du coryza, mouchait abondamment et que ses sécrétions nasales répandaient une odeur infecte. De plus, au moment où s'était produite la perforation, il avait rendu des séquestres par le nez.

Le coryza syphilitique s'accompagne de gommes, de périosite gommeuse qui peuvent se développer dans tous les points de la voûte, mais, chez le plus grand nombre des malades, il y a une localisation remarquable au niveau de la synarthrose des deux os palatins et du vomer; c'est là un lieu d'élection particulier. La gomme se développe du côté des fosses nasales, cela est vrai. Mais ainsi que vous le savez, quand un os plat est atteint d'ostéo-périostite sur une face, pour une raison inconnue, le point diamétralement opposé à l'autre se prend; il est probable qu'il y a transmission de l'inflammation par les canaux vasculaires de l'os. Les faits de ce genre se voient au sternum, et surtout au crâne, où il faut souvent trépaner à la suite d'inflammation spécifique externe. Quoi qu'il en soit, une portion d'os se trouve comprise entre deux muqueuses décollées et, forcément, elle devient un séquestre. Le point sur lequel je tiens à insister, c'est que tout le processus débute par les fosses nasales et que la muqueuse palatine n'est atteinte que consécutivement.

La tuméfaction qui se produit sur la voûte n'est pas une gomme, car cette dernière existe de l'autre côté seulement et la connaissance de cette pathogénie n'est pas uniquement une curiosité clinique, mais entraîne des conséquences pratiques importantes. On peut, en effet, prévenir la perforation en s'attaquant à temps au coryza syphilitique, et notre malade, du reste, a souffert très longtemps de ce coryza avant que se produisît la perforation du voile.

La perforation du voile du palais est une affection incurable, et le malade qui en est atteint a une infirmité persistante. De plus, il peut se produire des aggravations par suite de poussées nouvelles du côté du nez, entraînant de nouvelles pertes de substance.

Le traitement peut être préventif, palliatif et curatif.

Le traitement préventif est nul avec la doctrine classique, car on ne peut appeler ainsi le traitement de la syphilis elle-même, qui est toujours indiqué; cependant, ce traitement offre une importance extrême dans l'espèce, puisqu'en traitant le coryza de bonne heure, on peut prévenir la perforation. On devra recourir au traitement habituel des manifestations tertiaires, c'est-à-dire surtout à l'iodure de potassium. Cependant, quand le malade ne s'est pas soigné comme il convient, il est bon de prescrire le traitement mixte. Le traitement général sera complété par un traitement local qui consistera en des lavages antiseptiques, des attouchements avec des substances modificatrices, etc.

Le traitement palliatif consiste en l'emploi d'obturateurs divers qui réussissent plus ou moins bien. Presque toujours les malades se font des obturateurs de leur façon. J'ai connu un malade à Saint-Antoine qui, lorsqu'il voulait parler, fermait avec la plus grande habileté sa perforation à l'aide de sa chique; d'autres emploient de la mie de pain ou tout autre artifice. On a aussi construit des appareils prothétiques qui se fixent dans les fosses nasales ou aux dents. Le plus généralement, ces appareils sont mal supportés et se déplacent facilement.

L'opération de l'uranoplastie est de beaucoup préférable. Il n'y a qu'un seul procédé convenable, celui de M. Baizeau: il consiste à tailler deux lambeaux en forme de pont, que l'on détache de la voûte palatine, pour les rapprocher au milieu et les réunir par une suture.

On peut anesthésier les malades, à condition de se mettre en garde contre la chute du sang dans les voies aériennes ou dans l'œsophage. Le professeur Trélat mettait les malades dans une position telle que le pharynx se trouvait en contre-bas de la région sur laquelle on opérait; pour cela, il plaçait le patient à l'extrémité de la table, en laissant tomber la tête aussi bas que possible. Il faut maintenir les mâchoires écartées et la langue abaissée. Souvent, un écarteur quelconque suffit, mais on a construit des bâillons de différentes espèces qui sont assez commodes.

Deux mots sur le manuel opératoire. De chaque côté de la perforation, aussi loin que l'on peut, on fait une incision courbe, la convexité dirigée du côté des arcades dentaires. Quand cette incision est faite, on détache, avec une rugine, le pont fibro-muqueux en ayant soin de ne pas le rompre à une extrémité, et on décolle des deux côtés, au delà des limites antérieure et postérieure de la perforation. On a commencé par l'avivement de la fistule dans toute sa longueur, et on a ainsi deux lambeaux qui ont chevauché de dehors en dedans et qui peuvent être réunis sur la ligne médiane.

Naturellement il faut qu'au moment de l'opération les malades soient guéris de leur coryza syphilitique, afin de ne pas craindre la réapparition immédiate d'un accident du même genre. De plus, il faut aussi les traiter après qu'ils sont opérés, car les récidives peuvent se produire. C'est ce qui eut lieu chez une de mes malades qui, après une uranoplastie réussie, négligea de se traiter et eut un nouveau coryza qui détruisit non les lambeaux, mais une nouvelle portion de la voûte palatine en avant et en arrière.

II. — Lésions des muqueuses de la bouche entretenues par des dents saines. De leur traitement.

Tout le monde sait que des couronnes cariées et à moitié détruites, que ce qu'on nomme vulgairement des chicots, peuvent déterminer sur la face interne des lèvres ou des joues, aussi bien que sur les bords de la langue, des petites lésions qui, n'ayant d'abord que l'aspect blanchâtre d'une muqueuse macérée, arrivent souvent à l'érosion et constituent bientôt de véritables petits ulcères résistant à tous les traitements. Cependant leur guérison s'obtient facilement par un coup de meule ou par l'extraction de la cause irritante.

Ce qu'on sait moins, ce qu'en tout cas je n'ai vu relaté nulle part, c'est que des lésions identiques à celles dont je viens de parler peuvent être déterminées par des dents parfaitement saines, mais présentant une légère saillie sur l'arcade dentaire, et cela après qu'un processus inflammatoire, aphte ou brûlure ou autre cause, aura pendant quelques jours mis ces muqueuses dans un contact plus immédiat avec les dents, par l'hypertrophie qu'il détermine.

La lésion, une fois produite, le diagnostic devient souvent difficile et vous allez en juger.

Trois cas, d'origine différente et typiques chacun dans son genre, se sont présentés à mon observation depuis une quinzaine d'années. Or, ce sont précisément les erreurs de diagnostic auxquelles ils ont donné lieu et la rapidité de la guérison, une fois la cause du mal reconnue, qui m'ont engagé à vous les communiquer.

Obs. I. — Mme X., 33 ans, me fait demander en 1876. Je trouve cette dame au désespoir. Un chirurgien lui avait conseillé la veille de faire enlever le plus tôt possible un morceau en V de la lèvre inférieure servant de base à une ulcération saillante du diamètre d'un gros pois, à bords durs, à fond déchiqueté, parsemé de points rouges et d'une sensibilité extrême. — La déformation qui devait résulter de cette opération faisait, on le conçoit, hésiter cette dame qui, dans l'espoir d'avoir un avis contraire, avait désiré me consulter.

Tout d'abord je ne pus constater la présence d'un ganglion satellite, et la nature cancroïdienne de la lésion commença à me paraître douteuse. J'appris, en outre, que ce bobo datait d'un mois et avait débuté par un gros aphte que la malade avait machonné et mordu jusqu'à l'arracher avec ses dents. Celles-ci étaient absolument intactes ; mais en faisant fermer la bouche et en abaissant avec les doigts la lèvre inférieure, on remarquait que la dernière incisive droite inférieure faisait sur la canine voisine une légère saillie et que son angle externe *très aigu, très tranchant*, venait justement se placer dans le centre de l'ulcération qui lui servait pour ainsi dire d'écrin.

Mon parti fut pris de suite. J'adressai la malade à mon ami le Dr Pietkiewicz, pour qu'il voulût bien faire à la canine et à l'incisive coupables une petite cuirasse protectrice en gutta. L'appareil, très habilement fait, ne présentant aucun angle, aucune saillie qui pût déterminer à son tour d'autres lésions, fut porté jour et nuit et une semaine s'était à peine écoulée que ce bobo, cette ulcération qui, pour un peu allait provoquer une opération sanglante, avait absolument disparu ; cela sans cautérisation et même sans topique d'aucune sorte.

Depuis ce temps, quelques cas analogues se sont présentés à mon observation ; mais comme ils ne seraient que la répétition du premier, je ne les cite que pour mémoire.

Il n'en est pas de même du suivant :

Obs. II. — M. X., artiste peintre, 50 ans, vient me trouver en avril 1891. C'est un ancien syphilitique, fumeur de pipe invétéré, le tuyau de sa pipe de terre porte toujours sur la commissure gauche, les dents de devant sont mauvaises ou absentes et c'est entre les canines et les prémolaires saines qu'il tient sa pipe. La face interne de la joue gauche près de la commissure, le bord de la commissure et une petite surface de la lèvre inférieure sont recouverts par une plaque blanchâtre d'apparence leucoplasique à saillies tranversales, à sillons ulcérés se réunissant dans une anfractuosité centrale. La lésion dépasse la dimension d'une pièce de cinquante centimes ; elle est de forme irrégulière, il existe une induration vague, mais peu ou pas de sensibilité. Instinctivement, et tout en causant, le malade mordille sa joue.

M. X. me raconte qu'il s'est brûlé avec un cigare il y a trois mois et que depuis ce temps le mal n'a été qu'en augmentant. Depuis six semaines, M. X. prend six grammes d'iodure, on l'a cautérisé à la teinture d'iode, au fer rouge ; on lui a conseillé il y a quelques jours un raclage énergique. Les diagnostics entre lesquels on a hésité sont : syphilide tertiaire ou leucoplasie.

L'inspection de la cavité buccale ne fait découvrir aucun autre accident semblable et les dents, qui sont généralement mauvaises, sont saines dans le voisinage de la lésion. En faisant fermer les mâchoires on place facilement, dans les interstices des dents, les saillies observées sur la plaque leucoplasiforme ; de plus, il est facile de voir que le sommet de la prémolaire inférieure entre dans la plaie.

Je suspends tout traitement et surtout les cautérisations. Je permets

l'usage du tabac dont le malade déclare ne pouvoir se priver, mais je le prescris en cigarettes tenues par un bout d'ambre et je proscris momentanément la pipe. J'essaie ensuite d'un recouvrement en cire à modeler, mais il se détache continuellement et la nuit surtout on ne peut le maintenir en place. Alors j'ai recours de nouveau à la cuirasse en gutta.

Dans ce cas la guérison fut plus longue; il fallut un mois pour que tout rentrât dans l'ordre, mais si l'on tient compte des désordres causés par les cautérisations, d'une résistance plus grande présentée par des tissus, en partie cicatriciels, on aura moins lieu d'être surpris.

Le dernier cas que je vais vous rapporter n'offrait pas, comme les précédents, de difficulté diagnostique, mais, en revanche, le traitement avait subi un échec désespérant.

Obs. III. — Mme X., 25 ans, était soignée par moi depuis le mois de septembre dernier pour une syphilis datant du mois de mai. Entr'autres accidents importants auxquels j'avais eu affaire, la cavité buccale était le siège de syphilides particulièrement rebelles, amygdales, voile du palais, commissures labiales, face dorsale et bords de la langue. Vers la fin d'octobre presques toutes ces lésions étaient guéries; il ne restait plus qu'une petite ulcération au bord droit de la langue, vers la partie moyenne. Des cautérisations au crayon de nitrate d'argent, énergiques ou faibles, n'avaient produit aucun résultat. Bien au contraire, il semblait que ce moyen aggravât le mal; en effet l'ulcération devenait plus creuse et d'un plus vilain aspect à chaque séance. J'avais mainte fois examiné les dents, qui étaient merveilleusement rangées et intactes, quand, y revenant une dernière fois et passant le doigt sur la grosse molaire correspondant à la lésion linguale, je sentis un tubercule, petit, mais saillant et d'autant plus aigu qu'il était plus petit. A tout hasard, je fis faire une petite cuirasse protectrice. La malade, que sa plaie de la langue gênait beaucoup en parlant, supporta facilement l'appareil et, huit jours après, l'anfractuosité si rebelle était plus qu'aux trois quarts comblée, si bien qu'elle ne tarda pas à disparaître. Or, pendant ce temps *j'avais continué les attouchements au nitrate d'argent.*

Ainsi donc, voilà trois observations dans lesquelles des dents, absolument saines, ont été, pour les deux premiers cas une cause d'erreur diagnostique et pour le troisième une entrave sérieuse au traitement. Si, à première vue, on est tenté d'incriminer les cautérisations dans les observations II et III, on ne peut conserver cette opinion en présence du fait de l'observation I, où aucun caustique n'a été employé, et de l'observation III, où l'usage de la pierre infernale a été continué.

Je pense donc être en droit de conclure ainsi :

1° Une lésion quelconque des muqueuses buccales ou linguales, située en un point où ces muqueuses sont en contact avec les dents, détermine un processus inflammatoire dont le premier résultat est une hypertrophie de ces muqueuses. Cette hypertrophie augmentant l'intimité du contact avec des dents *même saines*, mais présentant les unes sur les autres ou sur leur couronne une légère saillie, celle-ci peut devenir une cause irritative secondaire, plus grave que la primitive, et change considérablement l'aspect de la lésion première ;

2° La meule, la lime ne pouvant être employées dans ces cas, le mieux est d'avoir recours au petit appareil protecteur en gutta, la petite cuirasse dont je viens de parler.

(*Journal des maladies cutanées et syphilitiques.*)

III. — Un cas de déviation de la cloison des fosses nasales corrigée par un traumatisme

L'étiologie des déviations de la cloison est très controversée ; certains auteurs les considèrent comme dues à des troubles de nutrition ou à des accidents de développement (Duplay, M. Mackenzie, Schauss, Krieg, etc) ; d'autres y voient le résultat d'un traumatisme (Voltolini, Moure, Woakes, etc.); une conséquence du rachitisme (Lœwy), des végétations adénoïde du pharynx nasal (Châtellier, Baratoux), de la pression exercée par le tissu caverneux qui revêt les cornets (Baumgarten), Bryson-Delavan admet un excès de développement des cornets osseux et moyens, etc., etc. — Cependant, la cause le plus souvent invoquée est le traumatisme ; mais Potiquet se refuse à accorder à cet agent une grande importance; bien plus, il estime que le traumatisme peut jouer un rôle inverse et qu'il peut, à l'âge adulte, corriger une déviation préexistante, et pour soutenir cette opinion, il s'appuie sur le fait suivant qu'il a eu l'ocasion de rencontrer en disséquant.

Homme de 60 ans environ, cloison cartilagineuse fracturée de haut en bas. Au-dessous de l'union des os propres avec la portion cartilagineuse, cicatrice blanchâtre, légèrement déprimée et obliquement dirigée de gauche à droite et de haut en bas. P. établit une relation entre cette cicatrice et la fracture de la cloison. — La suture osseuse du nez occupait à peu près la ligne médiane, mais la portion cartilagineuse obliquait sensiblement à droite. Le trait de la fracture partait à environ 2 mm. en avant du bord inférieur des os propres et descendait à peu près parallèlement au bord antérieur de l'éthmoïde dont il était séparé par un intervalle d'environ 1 c ; il se dirigeait ensuite vers le bord supérieur du vomer et, quelques millimètres avant de l'atteindre, se bifurquait en deux branches comprenant entre elles un petit fragment de forme triangulaire. Chevauchement des deux fragments principaux, qui, au niveau du coude, sont écrasés l'un sur l'autre ; adhérence de ces fragments qui sont comme soudés et en outre maintenus en place par du tissu fibreux.

Le cartilage quadrilatère intéressé par la fracture offre deux incurvations dirigées à gauche, une totale corrigée par le traumatisme et une circonscrite. Celle-ci, située à la portion inférieure du cartilage, présente, du côté droit, une gouttière dirigée parallèlement au bord supérieur du vomer. Au niveau de cette gouttière, le cartilage est plus mince, ce qui semble expliquer pourquoi le cartilage trop grand s'est incurvé à ce niveau. Avant le traumatisme, la lame quadrilatère trop large bombait à gauche, position qui lui était imposée par ce fait que le bord supérieur du vomer, non taillé en biseau, était déjeté à gauche, ainsi que le mince rebord antérieur de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde.

Cette pièce anatomique inspire à Potiquet les réflexions suivantes : 1° tout d'abord, il convient de retenir ce fait paradoxal du redressement de la cloison par un traumatisme, car la saillie actuelle en dehors d'un plan médian n'est plus que de 7^{mm}, alors qu'auparavant, elle devait atteindre 12^{mm} 1/2. En outre, le redressement a pu permettre une respiration beaucoup plus facile du côté de la déviation, ce qui a aussi son importance ;

2° Cette fracture n'a pas été suivie de la formation d'un cal, ce qui est en contradiction avec l'assertion de Walsham, qui attribue certaines productions cartilagineuses de la cloison à la formation de cals consécutifs à des fractures ;

3° Il y a là une confirmation de l'opinion de Krieg qui a remarqué,

qu'après résection d'une assez large portion du cartilage quadrilatère de la cloison, tout en conservant la muqueuse du côté opposé à la déviation, les fragments se redressent en vertu de leur élasticité;

4° La direction générale du trait de la fracture rappelle l'incision de Roberts (de Philadelphie) qui, pour redresser la cloison déviée, opérerait de la façon suivante : un bistouri étant introduit dans la fosse nasale obstruée perfore la portion cartilagineuse de la cloison à sa partie inférieure et postérieure et la divise ensuite en deux fragments par une longue incision dirigée en bas et en avant. Alors, à l'aide d'une épingle, transfixer le fragment antérieur, le faire basculer et le ramener vers le plan médian où il est maintenu;

5° La configuration primitive de la cloison, chez ce sujet, confirme, dans une certaine mesure, l'opinion qui attribue les déviations à une hypergénèse du tissu osseux et cartilagineux. Il semble, en outre, que le traumatisme vulgaire, ainsi que les déformations consécutives, ne peuvent guère affecter que le cartilage quadrilatère; aussi ne doit-on pas le rendre responsable des inflexions fréquentes et variées du vomer et de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde.

P. ne croit pas devoir imputer davantage au traumatisme les déformations du cartilage quadrilatère, qui n'ont lieu que parce que cette lame est trop à l'étroit dans son cadre osseux. Enfin, les fractures et déviations de la cloison, sans lésion des os propres, dues au traumatisme, ont une direction plus ou moins verticale.

(*Revue de rhin., otol. et laryng.*)

IV. — Epulis fibro-sarcomateuse de la machoire inférieure. — Resection du maxillaire. — Guérison.

Il s'agit d'une femme, âgée de 52 ans, ménagère, entrée dans le service de M. le professeur Duret, pour une tumeur du maxillaire inférieur. Cette tumeur a débuté, il y a un peu plus de six mois, par quelques petites excroissances dures, siègeant sur la gencive. Ces petites tumeurs se sont développées peu à peu, et finalement se sont confondues pour former la masse relativement volumineuse que nous observons aujourd'hui. Leur développement n'a pas occasionné de douleurs; il n'a pas non plus déterminé la chute des dents. La malade n'a pas maigri; elle est surtout incommodée par une salivation abondante; les crachats sont fétides, parfois striés de sang. La mastication est gênée par la présence de la tumeur.

La joue droite est fortement soulevée; la commissure labiale droite est attirée en dehors. En faisant ouvrir la bouche, on constate, sur le maxillaire inférieur du côté droit, en dehors de la première prémolaire, la présence d'une tumeur du volume d'une petite mandarine, d'une coloration rosée peu différente de celle de la gencive, faisant saillie à la fois dans le vestibule et dans la cavité buccale; elle s'étend en arrière jusqu'aux dernières molaires. Sa consistance est ferme. Une rainure située entre la tumeur et la face antérieure du maxillaire montre qu'elle est indépendante du corps de l'os. En quelques points situés sur la portion qui correspond à la cavité buccale, sa surface est sphacélée, recouverte d'un enduit sanieux répandant une odeur infecte. Les dents des deux mâchoires sont très mauvaises. Le maxillaire n'est point déformé.

Dans la région sus-hyoïdienne latérale droite existent quelques petits ganglions hypertrophiés.

On porte le diagnostic d'épulis probablement sarcomateuse. L'extirpation en est décidée. Dans la crainte que le pédicule de la tumeur ne se

prolonge jusqu'au centre de l'os, M. Duret pratique la résection de toute la moitié droite du maxillaire inférieur. Deux incisions verticales portant, l'une sur la ligne médiane du menton, l'autre sur la région sous-maxillaire, et réunies par une grande incision parallèle au bord inférieur du maxillaire, permettent de mettre à nu l'os et la glande sous-maxillaire avec les ganglions qui l'entourent. La scie à chaîne est appliquée exactement sur la ligne médiane ; l'os est totalement libéré par la section des muscles masticateurs et la désarticulation temporo-maxillaire : la glande sous-maxillaire est enlevée du même coup.

Le chirurgien referme la plaie par deux plans de suture, l'un pour la muqueuse, au catgut, l'autre pour la peau, au crin de Florence.

Les suites opératoires n'ont présenté aucun incident ; la malade est actuellement guérie.

La tumeur, que je vous présente, est plantée à cheval sur le rebord alvéolaire du maxillaire inférieur et recouvre en partie la face antérieure et la face postérieure de l'os. Sa consistance est fibreuse ; sa surface est mamelonnée et présente deux anfractuosités profondes, au fond desquelles se trouvent deux dents cariées et déformées, reconnues pour être la deuxième prémolaire et la première grosse molaire. Les rapports de ces deux dents avec la tumeur sont intéressants à noter : leur couronne est entièrement libre, et leur racine reste en rapport immédiat avec le rebord alvéolaire ; la tumeur leur forme, au niveau du collet, comme une vaste collerette qui déborde la couronne et la recouvre.

Une section pratiquée au centre de la tumeur, dans le sens antéro-postérieur et prolongée à travers l'os, montre les rapports exacts du pédicule. Celui-ci est absolument limité au rebord alvéolaire, sur lequel il est solidement implanté. De chaque côté, la tumeur retombe sur le corps de l'os ; le pédicule ne se continue pas vers le centre du maxillaire, qui est éburné.

L'examen histologique, pratiqué par M. le professeur Augier, a montré qu'il s'agit d'un fibro-sarcome, dans lequel le tissu conjonctif jeune et le tissu conjonctif adulte se trouvent mélangés à parties égales. Les éléments jeunes sont formés par de grandes cellules fusiformes, à protoplasma fortement granuleux, à noyau ovoïde, allongé, vivement coloré par le picro-carmin. Tantôt ils constituent des faisceaux analogues à ceux qu'on trouve dans le sarcome fasciculé ordinaire ; tantôt ils sont séparés les uns des autres par une substance fibrillaire. Il est impossible de confondre ce tissu avec le sarcome embryonnaire.

On ne trouve pas de myéloplaxes dans la tumeur. Les vaisseaux sanguins y sont rares.

Nous avons donc affaire à une de ces tumeurs du rebord alvéolaire que l'on désigne sous le nom d'épulis. Ces tumeurs ont pour point de départ le périoste alvéolo-dentaire ; cependant, quelques auteurs les font naître aussi de la moelle osseuse. Tantôt elles s'implantent primitivement au niveau du collet de la dent ; il paraît en être ainsi dans notre cas ; tantôt, au contraire, elles naissent du fond de l'alvéole, d'où elles chassent la dent. Rarement constituées par du fibrome ou du chondrome, les épulis sont le plus souvent des ostéo-sarcomes à myéloplaxes, très riches en vaisseaux. Nous avons vu qu'il n'en était pas de même pour celle-ci.

Le pronostic des tumeurs du genre de celle que nous présentons est bénin : la généralisation ganglionnaire est exceptionnelle. Il faut probablement attribuer l'engorgement ganglionnaire que nous avons observé au mauvais état de la muqueuse qui était altérée en plusieurs points de la tumeur. La bénignité du pronostic peut permettre une intervention peu étendue. (*Gazette des hôpitaux de Toulouse.*)

V. — HÉMISPASME FACIAL CHEZ UN HYSTÉRIQUE SATURNIN

M. Rendu. — Il s'agit d'un homme âgé de 52 ans, légèrement saturnin, sans antécédents héréditaires, qui ne présenta rien, comme phénomènes hystériques, jusqu'à 48 ans, époque à laquelle il eut une hémiplégie avec perte de connaissance, hémiplégie de nature hystérique. Le 9 novembre dernier, autre hémiplégie incomplète également à droite, comme la première. Hémianesthésie complète et quelques autres troubles sensoriels. Mais le point spécial que je tiens à mettre en relief est un hémispasme facial complet, simulant, à un examen superficiel, une paralysie; mais il suffit d'y regarder d'un peu près pour voir que les muscles de l'expression faciale, loin d'être paralysés, sont contracturés.

On sait que chez les hystériques M. Charcot et ses élèves ont signalé l'hémispasme glosso-labié comme un symptôme fréquent. D'autre part, MM. Ballet et Chantemesse ont publié des faits, jusqu'à présent exceptionnels, de paralysie faciale vraie dans l'hystérie. Avec une allure clinique différente, il s'agit, au fond, dans mon fait d'hémispasme total, de phénomènes similaires.

(*Société médicale des hôpitaux.*)

VI. — MORT PENDANT L'ANESTHÉSIE AU CHLOROFORME

Le 9 mars, un épicier âgé de 22 ans, était soumis à l'anesthésie au chloroforme à l'*University College Hospital*, à Londres, pour être opéré d'une nécrose du maxillaire inférieur résultant d'un traumatisme. L'anesthésie se fit sans difficulté par la méthode ouverte. Le patient une fois narcosé, le masque fut enlevé du devant de la figure et l'opération commencée ; mais la respiration et l'action du cœur cessèrent simultanément et tous les moyens mis en œuvre pour ramener l'une et l'autre, quoique employés sur-le-champ et continués pendant longtemps, n'eurent aucun résultat. A l'autopsie on constata une hypertrophie des parois du cœur et un épaississement des valvules, mais point de changement graisseux par les yeux et les muscles semblaient fermes. Le premier trouble provint nettement du cœur quoique aucun mouvement cardiaque ne fût remarqué après l'arrêt initial de cet organe et que plusieurs respirations continuassent. Point d'obstacle à la libre entrée de l'air dans les poumons. Le chloroforme fut analysé, mais il avait donné de bons résultats avec les autres patients.

(*British Medical Journal.*)

VII. — MORT DUE A LA SEPTICÉMIE PROVOQUÉE PAR UNE DENT

Le Dr Miller nous fait connaître un cas de mort survenu pendant une opération dentaire à Berlin, qui nous montre l'importance des précautions antiseptiques qu'il recommande dans ses articles et ses ouvrages.

La baronne Marthe de X.., fiancée à un officier de haut rang de l'armée allemande, se fit obturer une dent. (Le rapport ne spécifie pas quelle dent, mais c'était probablement une molaire inférieure) Bientôt après l'opération une périostite survint, suivie d'une forte enflure de la partie inférieure de la face et du cou. La laryngotomie fut pratiquée par le professeur Schrotter et tous les moyens furent employés pour empêcher la propagation de l'infection, mais en vain. La jeune dame succomba aux progrès de la septicémie et mourut après une agonie terrible.

(*Southern Dental Journal.*)

VIII. — Phlegmons septiques sus-hyoïdiens (angine de Ludwig), phlegmon du médiastin et trépanation du sternum

Par M. Nélaton

L'origine et l'évolution des phlegmons du cou sont deux points de cette maladie, qui donnent encore lieu à discussion, malgré les travaux publiés sur ce sujet. Une observation, qui a été dressée à la *Société de chirurgie* par M. Linon et qui concerne un phlegmon sus-hyoïdien avec migration du pus dans le médiastin, traité par trépanation du sternum et guéri, va nous permettre d'envisager la question avec quelques détails et montrer les heureux résultats qu'on peut tirer de cette intervention.

Un jeune soldat de 24 ans, robuste et de bonne constitution, entre à l'hôpital le 5 novembre 1891 avec un phlegmon de la région sus-hyoïdienne, dont le début paraît remonter à une dizaine de jours. Le point de départ des accidents aurait été une inflammation développée autour de la dent de sagesse inférieure gauche, qui s'est cariée consécutivement à une extraction incomplète, tentée dix mois auparavant.

Lors du premier examen de ce malade, on constate une accélération du pouls, une élévation de la température, qui atteint 40°,6 et un état typhoïde assez accentué. A première vue, on est frappé de la teinte subictérique de ses téguments, de la gène respiratoire qu'il éprouve, et de la déformation de la région sus-hyoïdienne, qui fait une saillie considérable.

En faisant entr'ouvrir la bouche du malade, on note qu'il existe un œdème énorme du plancher buccal, avec liseré diphtéroïde, soulèvement de la langue et dysphagie complète.

En présence de ces accidents menaçants, on pratique, sur la ligne médiane et au niveau de la tuméfaction œdémateuse, mais non fluctuante, une incision qui donne issue à une grande quantité de pus mal lié et fétide.

Cette évacuation est suivie d'une amélioration manifeste, et, dès le lendemain, l'œdème sublingual diminue, la région sus-hyoïdienne offre moins de tension et la température s'abaisse.

Cette amélioration ne devait être que de courte durée, car, trois jours après la température s'élevait à nouveau, l'état général redevenait inquiétant, et la fétidité de l'haleine, la dysphagie et l'adynamie profonde se réunissaient pour donner lieu aux plus vives inquiétudes.

Presque en même temps et cinq jours après l'incision sus-hyoïdienne, on voyait se développer, dans la région sus-claviculaire droite, une tuméfaction non fluctuante, mais sonore à la percussion et sur laquelle la palpation permettait de reconnaître une crépitation gazeuse.

Le 12 novembre, c'est-à-dire sept jours après l'entrée du malade à l'hôpital, on fit sur ce point une deuxième incision qui, conduite jusqu'aux plans les plus profonds, demeura sans résultat immédiat ; mais dès le lendemain, une abondante évacuation de pus, mêlé de bulles de gaz pendant la toux, se fit par cette plaie et le malade se trouva soulagé.

Mais cette nouvelle amélioration ne fut encore que momentanée, car, quelques jours plus tard, l'état général redevenait mauvais et, environ trois semaines après la constatation des premiers accidents, on voyait apparaître une tuméfaction phlegmoneuse sur le thorax à l'union de la première et de la deuxième pièce du sternum

Pour donner issue à la fusée purulente, qui avait pénétré dans le médiastin antérieur sur la tumeur inflammatoire, on découvrit par une incision de dix centimètres le bord droit du sternum et on pratiqua

une large résection de l'os en faisant sauter des éclats avec la gouge et le maillet, puis un drain fut mis en place de la plaie sus-claviculaire à la plaie sternale.

A partir de ce moment l'état du malade alla en s'améliorant de jour en jour, et, à part quelques complications sans importance, il n'y eut plus de nouveaux incidents à signaler; mais la guérison fut lente à se produire et le malade ne fut envoyé en congé de convalescence que dans les premiers jours de mai.

D'après l'auteur de cette observation, dont j'ai seulement donné un résumé, trois points méritent spécialement l'attention. En premier lieu, il ne faudrait pas attribuer les accidents que j'ai rapportés, au défaut de place, pour la sortie de la dent de sagesse, entre l'apophyse coronoïde et la deuxième grosse molaire, ainsi qu'il était classique de l'admettre il y a encore quelque temps.

Pour M. Linon, c'est l'ulcération de la muqueuse gingivale, provoquée par l'éruption de la dent de sagesse, qui aurait été la porte d'entrée des germes infectieux qui ont engendré le phlegmon cervical, lesquels germes se seraient déposés et développés sous le capuchon que forme la muqueuse gingivale au-dessus de la dent.

Toute autre explication semble peu plausible, la constatation de la carie de la dent de sagesse inférieure gauche, sa présence au milieu d'un foyer purulent et l'ulcération de la muqueuse gingivale autour d'elle ne laissant aucun doute sur la possibilité d'une infection par cette voie.

Nous n'avons donc pas besoin de nous demander, dans le cas présent, s'il faut adopter la théorie de MM. Redié et Cornudet. Ces auteurs déclarent que les accidents de la dent de sagesse relèvent toujours d'une infection et par conséquent d'une ulcération, siègeant sur la muqueuse gingivale, et jamais du manque d'espace à la sortie de la dent.

Je me garderai d'émettre ici une opinion aussi générale, tout en faisant cependant remarquer que, dans ce cas particulier, l'infection par l'ulcération paraît évidente.

La deuxième particularité, sur laquelle M. Linon appelle l'attention, est la gravité des accidents, ce qui le conduit à se demander si ce malade n'a pas eu une angine de Ludwig. A ce propos, il nous rappelle les divergences d'opinion des auteurs sur ce point, les uns reconnaissant l'angine de Ludwig comme une affection distincte spéciale, représentant en un mot une entité morbide, les autres ne voulant y voir qu'un phlegmon franc du cou.

Puisque cette question a été soulevée, je vais l'examiner en détail, car on est assez mal fixé sur ce que l'on doit entendre par « angine de Ludwig ». Pour élucider cette question, j'ai cherché à consulter le mémoire de Ludwig, qui a paru en 1836 dans le *Wurtemberg Corresp. Blat.*, mais mes recherches sont restées infructueuses, ce mémoire ne se trouvant dans aucune bibliothèque de Paris. J'ai toutefois appris que M. Bœhler, qui a fait sur ce sujet une bonne thèse, avait dû se rendre à Strasbourg pour faire la traduction de ce mémoire: c'est donc d'après les renseignements que cet auteur a bien voulu me fournir, que j'ai eu ainsi connaissance du travail original.

Or, ce travail contient quatre faits de phlegmons sus-hyoïdiens graves: trois d'entre eux se sont rapidement terminés par la mort, c'est la seule mention qu'on en donne; quant au quatrième, il est ainsi rapporté *in extenso*: « Il s'agit d'une demoiselle chez laquelle se développa une tumeur inflammatoire de la région sous-maxillaire, présentant, le quatrième jour après le début des accidents, une dureté pierreuse et

le volume d'un œuf de poule, sans changement de couleur de la peau.

« Le dixième jour cette tuméfaction ligneuse avait envahi toute la région sus-hyoïdienne, englobait le larynx, qui ne pouvait être reconnu par la palpation, soulevait la langue et provoquait des troubles de la déglutition et de la respiration. L'état général était grave. A partir du 10e jour, l'affection se termina spontanément par la résolution. »

Voilà les faits. Ludwig y ajoute une conception théorique que voici : « Il y a dans cette maladie deux facteurs à considérer : la nature érysipélateuse et l'état nerveux spécial du sujet. Par son facteur érysipèle, la maladie favoriserait la disposition à l'inflammation gangreneuse, comme dans le furoncle malin, tandis que, par son facteur nerveux, elle prédisposerait à l'induration et à la paralysie, comme dans la parotidite maligne. »

Il est difficile, dans une observation de phlegmon sus-hyoïdien, qui se termine par résolution, et dans une explication aussi vague que celle de Ludwig, de voir une maladie spéciale distincte, surtout lorsqu'on note que les chirurgiens de l'époque de Ludwig rapportent un certain nombre de phlegmons diffus, nettement caractérisés, sous le nom d'angine de Ludwig. Aussi pensons-nous, avec MM. Linon et Bœhler, que le terme d'angine de Ludwig ne correspond à aucune maladie bien définie et ne mérite point d'être conservé.

Est-ce à dire que toutes les phlegmasies du cou se ressemblent, qu'il n'en est point de graves entre les graves, et que, pour celles qui ont une marche en quelque sorte foudroyante, la gravité ne dépende pas du degré d'infection ou de l'étendue de la région atteinte ? Je ne le pense pas, et je vais rapporter succinctement deux observations de phlegmons sceptiques du cou à marche foudroyante et bien différents cliniquement de celui observé par M. Linon.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme d'une quarantaine d'années, atteinte d'une phlegmasie cervicale datant de huit jours. Cette malade avait vu se développer brusquement, à la suite d'une carie dentaire, un gonflement énorme de la région sous-maxillaire gauche, qui bientôt avait envahi la ligne médiane et s'étendait du côté opposé. Lors de notre examen, le gonflement du cou était considérable et la région sus-hyoïdienne tuméfiée faisait une proéminence énorme, mais la peau, distendue et violacée par places, n'était point rouge. Au-dessous d'elle, on constatait une tuméfaction d'une dureté ligneuse confondue avec le maxillaire. Par la bouche s'écoulait une salive visqueuse, et lorsqu'on arrivait à écarter légèrement la mâchoire de la malade, on voyait le plancher buccal soulevé, d'une teinte rouge lie de vin en refoulant la langue en arrière. La déglutition était difficile, la respiration très gênée, la face terreuse et la température élevée.

En présence de ces accidents, je fis immédiatement une longue incision sur la ligne médiane de la région sus-hyoïdienne ; je découvris les muscles génio-hyoïdiens et, ceux-ci écartés, il ne s'écoula qu'une sérosité sanglante fétide mêlée à des bulles de gaz. Une deuxième incision fut alors pratiquée sur la partie latérale gauche de la tuméfaction, ce qui me conduisit sur la glande sous-maxillaire, autour de laquelle je trouvai un foyer contenant une sérosité infecte ; enfin, je donnai un dernier coup de bistouri sur la muqueuse du plancher de la bouche, dont il ne s'échappa que quelques gouttes de sang. Malgré ces larges débridements, cette malade mourait subitement quatre heures plus tard, en essayant de boire un peu de lait. D'après l'analyse de ces symptômes, je pense qu'il s'agissait dans ce cas d'une septicémie aiguë, d'une gangrène foudroyante de la région cervicale.

Le deuxième fait que j'ai observé l'année dernière, à peu de chose près semblable, concernait un jeune homme qui, dans le cours d'une fièvre typhoïde, fut pris des mêmes accidents et succomba très rapidement

Tout en notant la différence, au point de vue clinique, qui existe entre ces faits exemples de phlegmon diffus gangréneux, et celui de M. Linon, nous estimons qu'à la région cervicale, aussi bien qu'aux membres, on peut observer la septicémie aiguë et les différentes variétés de phlegmon.

Mais quant à vouloir appeler angine de Ludwig la septicémie aiguë cervicale plutôt que le phlegmon diffus, aucun fait ne nous y autorise et nous ne voyons qu'avantage à supprimer le terme d'angine de Ludwig.

Je n'ajouterai qu'un mot au sujet de l'utilité de la trépanation du sternum dans les cas analogues à celui-ci. Cette utilité est indiscutable; un certain nombre de faits de guérison anciens et récents, sont les meilleurs témoignages que l'on puisse invoquer en faveur de l'intervention.

DISCUSSION

M. Quenu. — De la communication de M. Nélaton, je ne veux retenir que deux faits, l'un concernant l'ulcération gingivale développée autour de la dent de sagesse et l'autre ayant rapport aux phlegmons du cou. Relativement au premier point, j'ai eu l'occasion de constater plusieurs fois cette ulcération; entre autres faits, je citerai celui d'une jeune fille, dont la dent de sagesse, à moitié sortie, était en partie entourée d'une surface ulcérée; dans un autre cas compliqué d'accidents assez graves, j'ai noté la même lésion. Sans avoir la prétention de vouloir trancher cette question de pathogénie des accidents dus à l'irruption de la dent de sagesse, je crois que s'il ne faut pas absolument rejeter la théorie ancienne, qui repose sur le défaut de la place de la dent, il y a lieu d'admettre dans beaucoup de cas l'origine infectieuse par l'intermédiaire de l'ulcération gingivale.

Quant aux accidents inflammatoires, qui surviennent dans ces circonstances à la région cervicale, il n'est pas douteux qu'ils sont divers et variés et que l'on ne connaît qu'imparfaitement les complications septiques qu'on y observe. Deux de ces faits sont encore présents à ma mémoire; tous deux se sont caractérisés par les symptômes propres à la septicémie aiguë, et, malgré des débridements, ont été suivis de mort rapide. Ce sont là des exemples d'états septiques que l'on ne doit pas regarder comme des entités morbides et auxquels une expression comme celle d'angine de Ludwig, n'est nullement applicable.

Je ferai encore observer qu'une variété de ces phlegmons donne fréquemment lieu à des décollements multiples et éloignés, ainsi que je l'ai vu chez un sujet à l'autopsie duquel on aurait pu croire que le larynx, la trachée et l'œsophage avaient été réellement disséqués.

M. Reclus. — S'il n'y a pas à douter de l'origine infectieuse des accidents en question, une ulcération péridentaire ayant servi de porte d'entrée à l'agent nocif, j'estime que l'on ne doit pas faire table rase de la cause mécanique qui résulte d'un manque de place nécessaire à la dent de sagesse entièrement évoluée. Pour mon compte, j'en ai vu de nombreux cas, accompagnés d'accidents divers, mais constituant toujours un tableau clinique différent de celui qui succède aux adénophlegmons ordinaires d'origine dentaire.

Quant à la désignation d'angine de Ludwig, comme elle me paraît

n'avoir été appliquée que dans les cas où le vrai diagnostic faisait défaut, elle doit disparaître du vocabulaire médical. A ce propos, je résumerai trois faits, qu'il m'a été donné de recueillir et que je crois instructifs.

L'un concerne un homme, dont la région cervicale présentait une induration cartonnée tellement prononcée que l'hésitation était possible entre un état inflammatoire et un squirrhe. Ce ne fut qu'au bout de trois semaines que de nombreux abcès se formèrent, et après leur évacuation, la guérison survint.

Cette année, j'ai vu un autre malade atteint d'une induration analogue, peut-être un peu moindre, mais accompagnée d'accidents asphyxiques. Le lendemain du jour où je l'examinai, la situation n'avait pas changé, mais le soir il était pris d'une dyspnée, rapidement mortelle, due à de l'œdème de la glotte qui fut révélé par l'autopsie.

Enfin, chez un vieillard de 86 ans, indemne de diathèse albuminurique ou glycogénique, j'ai encore noté le même tableau clinique et j'ai été assez heureux pour le guérir en intervenant de bonne heure par le thermocautère.

M. Basy.— Je me suis trouvé personnellement en présence de trois cas analogues pour lesquels j'avais diagnostiqué phlegmon septique. Tous les trois se sont terminés par la mort, malgré les débridements appliqués à deux d'entre eux. C'est également ce que j'ai vu chez un malade du service de M. Duplay.

(*Société de chirurgie, séance du 6 juillet. — Le Bulletin Médical.*)

NOUVELLES

NOMINATIONS DIVERSES

Nous apprenons la nomination de M. Bonnard, D. E. D. P. membre du Conseil de Direction de l'Association générale des dentistes de France, au poste de chirurgien-dentiste de l'Ecole polytechnique, succédant ainsi à MM. les Drs Magitot et David. D'autre part, M. Papot et M. Deville, D. E. D. P. sont nommés dentistes, le premier du dispensaire des enfants malades du 11e arrondissement, le second du 20e arrondissement.

Nous adressons à nos trois confrères nos plus sincères félicitations.

Nous sommes heureux de voir que peu à peu cette *muraille de la Chine* dont parlait l'autre jour notre éminent maître, M. Poinsot, au Banquet de l'Association générale, laisse pratiquer une brèche dans ses flancs pour le plus grand honneur de l'Ecole et de la profession. Nous aimons à croire que l'Assistance publique, jusque-là réfractaire à toute immixtion du *simple* chirurgien-dentiste dans ses services hospitaliers, finira, comme le prédisait au même banquet M. Georges Berry, par se laisser entamer et par rendre justice aux efforts d'une nouvelle génération, soucieuse avant tout de relever le niveau de l'art dentaire en France.

F. T.

Ces lignes étaient déjà composées quand nous avons été avisés que, à son tour, notre savant confrère M. Poinsot, venait d'être appelé officiellement aux fonctions de dentiste de l'asile Sainte-Anne.
Nous le félicitons chaleureusement d'être ainsi l'un des premiers à pratiquer cette brèche et à pénétrer dans l'arche sacro-sainte de l'Assistance publique.

Nous avons le plaisir d'apprendre que notre savant collaborateur, le Dr Thomas, vient d'être nommé bibliothécaire adjoint de la Faculté de médecine de Paris.
Nous enregistrons cette nouvelle avec la plus vive satisfaction.

SUBVENTION A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Dans la séance du 1er juillet, le conseil municipal a alloué une subvention de 500 francs à l'Ecole et hôpital dentaires de Paris.

VOTE DE LA LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

La Chambre des députés a voté le jour de sa séparation, le 13 juillet, la loi sur l'exercice de la médecine telle qu'elle lui est revenue du Sénat, à l'exception des art. 11 et 24 qu'elle a renvoyés à la Commission de l'exercice de la pharmacie. Le projet devra faire retour au Sénat pour être adopté ainsi modifié;
Le texte est donc le même que celui publié dans le numéro d'avril, p. 166.

AVIS

Le conseil de Direction, dans sa séance du mois de juin, a fixé la date des concours de professeurs suppléants au 9 octobre prochain.
Les règlements de ces concours seront publiés ultérieurement.

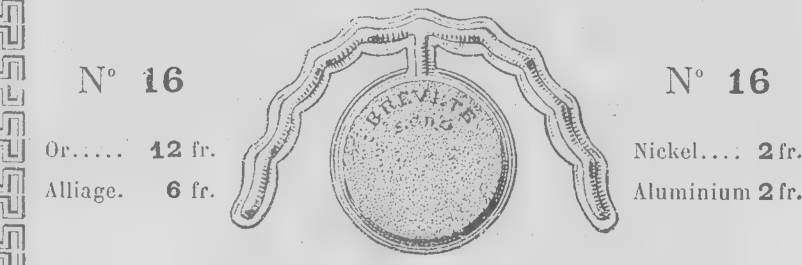
NÉCROLOGIE

L'Ecole dentaire de Paris vient de perdre un de ses meilleurs élèves, M. Joseph Banchereau, enlevé après une courte et cruelle maladie à l'âge de 22 ans. On peut dire qu'il est mort à la peine, car il venait de terminer très brillamment ses examens et le surmenage auquel il s'est soumis n'est pas peu étranger à cette maladie.
Une délégation du Conseil de Direction, composée de MM. Gillard, directeur-adjoint de l'Ecole, Bonnard et Martinier, représentait l'Ecole à ses obsèques.
M. Gillard a prononcé quelques paroles émues pour retracer la carrière toute de labeur de M. Banchereau.

a

NOUVELLES PLAQUES CLOISONNÉES A SUCCION

Brevetées S. G. D. G.



N° **16**

Or..... **12** fr.

Alliage. **6** fr.

N° **16**

Nickel.... **2** fr.

Aluminium **2** fr.

MODE D'EMPLOI :

Le principal, pour avoir des pièces régulières, est de les toucher le moins possible avec des pinces ; on doit se contenter de se servir des mains et de chauffer au préalable la plaque à la lampe à esprit de vin.

Nous conseillons aussi, pour toutes nos plaques pleines, de souder des crampons ou une barrette avant de les fixer sur la pièce.

Nos dernières pièces à succion (N° **16**) doivent aussi être ajustées sur le modèle avec la rondelle en plomb, puis, pour terminer et donner une grande résistance à la plaque, souder une traverse à chaque extrémité et au milieu, à l'exception des pièces en aluminium.

Vol. 12. Paris, Août 1892 N° 8.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'IMPORTANCE RÉELLE DE LA DISTRIBUTION GEOGRAPHIQUE DE LA CARIE DENTAIRE EN ETHNOGRAPHIE

Par M. le Dr L. Thomas, professeur à l'École dentaire de Paris.

(*Suite*)

2° J'arrive à la seconde objection. La réforme pour défaut de taille vise une imperfection physique déterminée que tous les Conseils apprécient de la même manière: le conscrit passe sous la toise, s'il a moins de 1m 54, on le refuse. La réforme pour mauvaises dents laisse une place beaucoup plus grande à l'appréciation personnelle.

Il n'est pas dit qu'on doit déclarer impropre au service un sujet auquel il manque tant de dents ou qui a tant de caries du 3e ou du 4e degré.

Tel peut être incorporé et présenter des lésions suffisantes pour indiquer une dégénérescence précoce. Il existait naguère des différences notables dans l'appréciation des Conseils de revision: pour certains cantons, dans lesquels il était difficile d'arriver au chiffre de militaires prédéterminé, on faisait vite l'examen de la bouche; les réformés pour mauvaise denture pouvaient passer à juste titre pour de véritables édentés; lorsque le nombre indiqué était atteint de bonne heure, on examinait plus minutieusement, on choisissait des jeunes gens absolument irréprochables au point de vue physique, et les caries multiples qu'on n'aurait peut-être pas remarquées dans d'autres conditions devenaient un vice rédhibitoire.

C'est, dira-t-on, une cause d'erreur peu importante; soit, mais c'en est une et il est fâcheux qu'on n'en ait pas tenu compte.

J'adresse donc à la méthode adoptée les reproches suivants :

1° Elle repose sur des statistiques recueillies pendant une période trop limitée de la vie et qui n'ont porté que sur une moitié de la race puisqu'elle ne comprend qu'un sexe;

2° Elle donne des proportions trompeuses, puisque, dans les fractions enregistrées, le numérateur représente tous les jeunes gens de 20 ans réformés pour mauvaises dents, tandis que le dénominateur ne représente qu'une partie du nombre total des individus de cet âge lorsqu'il devrait les représenter tous pour que la comparaison fût possible d'un département à un autre;

3° Le critérium d'après lequel le jugement a été porté n'est pas suffisamment précis.

Mais comme les mêmes causes d'erreurs existaient dans tous les départements, on peut admettre qu'elles avaient une égale importance dans tous. Nous avons déjà dû accepter tant d'hypothèses qu'une de plus ne peut rien retrancher de la valeur intrinsèque de la méthode adoptée. Supposons donc que le dépouillement, tel qu'il a été fait jusqu'à ce jour, des statistiques de réforme pour mauvaises dents puisse nous renseigner approximativement sur la fréquence relative des déchéances dentaires précoces dans une région et qu'à la rigueur on puisse expliquer ces déchéances par une prédisposition de race. Nous allons voir maintenant jusqu'à quel point les notions ainsi acquises sont conformes aux données de l'histoire.

B. — *Valeur historique des doctrines anthropologiques admises par rapport à la répartition de la carie dentaire.*

La population du territoire des Gaules, trois siècles avant la conquête romaine, comprenait :

1° Des individus brachycéphales, bruns et de petite taille ; autant qu'on peut le supposer, c'étaient les premiers habitants du pays ou du moins de toute la partie qui se trouvait au nord de la Loire ; on les appelait Celtes ou Galls ;

2° Des individus de haute taille, blonds, aux yeux clairs, et dolicocéphales ; c'étaient les Belges ou Kimris qui avaient envahi le pays à différentes époques et refoulé les Celtes ; leur dernière invasion paraît remonter au IVe siècle avant notre ère.

3° Tout au sud on trouvait d'autres individus, petits et bruns, appartenant à différentes races ; les romains les appelaient Aquitains, M. Dubois les nomme Ibéro-Ligures ; il y avait probablement parmi eux des Celtibères dont descendent les Basques modernes, des Grecs aux environs de Marseille, des populations italiques disséminées dans la Ligurie.

Les deux rameaux véritablement importants étaient les Celtes et les Kimris. Les Celtes avaient de bonnes dents, les Kimris en avaient de mauvaises ; cette particularité se serait conservée jusqu'à notre époque. Il est possible, en tenant compte de la distribution géographique des déchéances dentaires précoces, de montrer exactement de quelle manière se sont réparties les deux races, où et dans quelles proportions elles se sont mélangées. La plupart des auteurs qui se sont occupés de la question ont joint à leur travail des cartes permettant de saisir d'un coup d'œil la répartition des races telle qu'ils l'ont comprise. Je prends la plus récente, celle de M. Dubois.

Il divise les départements en cinq classes, d'après le nombre des réformés pour mauvaises dents sur 100.000 examinés :

1°	40	à	200	exemptés.
2°	200	à	500	—
3°	500	à	1.000	—
4°	1.000	à	2.000	—
5°	2.000	à	5.000	—

Les teintes suivantes indiquent ces proportions:

1° Blanc;

2° Pâle;

3° Foncé;

4° Sombre;

5° Noir.

Partout où la teinte blanche existe, l'élément celtique domine: la teinte noire correspond à l'élément kimrique auquel se sont ajoutés d'autres éléments germaniques à système dentaire défectueux. Les teintes intermédiaires indiquent les différents degrés de fusion des races.

Prenons seulement les départements blancs, dans lesquels les Celtes prédominaient, et les départements noirs franchement kimriques.

Nous trouvons: 1° une agglomération blanche occidentale comprenant 4 départements bretons: l'Ile-et-Vilaine, les Côtes-du-Nord, le Finistère et le Morbihan; un îlot également occidental entouré de départements teintés, les Deux-Sèvres; une bande centrale assez irrégulière s'étendant de la limite méridionale du département de la Côte-d'Or à la Méditerranée et comprenant les départements de Saône-et-Loire, de l'Allier, du Rhône, de la Loire, du Puy-de-Dôme, de la Haute-Loire, du Cantal, de la Lozère, du Tarn-et-Garonne, de la Drôme, de Vaucluse, de l'Ardèche, de l'Aveyron, de l'Hérault et de l'Aude; enfin, un îlot oriental comprenant la Haute-Savoie.

Les départements noirs sont: au nord, la Somme, l'Oise, la Seine-Inférieure et l'Eure; au midi, les Landes.

Sous peine de rejeter la thoérie en bloc, il faut admettre : 1° que les Kimris avaient de mauvaises dents et que les Celtes en avaient de bonnes; 2° que les deux races se sont conservées à un degré de pureté suffisant pour que, malgré la différence des milieux, les prédispositions organiques, existant chez les individus qui habitaient une région donnée du territoire des Gaules au IIIe siècle avant notre ère, existent encore.

1° Je n'éprouve aucune répugnance à admettre la première hypothèse; les témoignages historiques font défaut, les recherches crâniologiques n'ont pas donné de renseignements, mais on peut raisonner par analogie. Chez les individus bruns, de petite taille, les dents sont généralement meilleures que chez les blonds aux yeux clairs, de haute stature. Je supposerai volontiers qu'il existait chez les Kimris une prédisposition à la carie dentaire qu'on ne rencontrait pas chez les Celtes.

2° Je suis moins convaincu de la conservation du type primordial. Bien des peuples ont passé sur le sol des Gaules: les uns ont imposé leur langue, les autres leurs institutions. Il est difficile de voir dans ces invasions des épisodes éphémères à la suite desquels la vie sociale des aborigènes a repris son cours régulier sans que les caractères ethniques aient été modifiés. Il faudrait commencer par établir cet *a priori*, sous peine d'être arrêté définitivement, dès le début de l'étude entreprise. M. Magitot l'a admis sans hésitation.

« Nous n'avons pas à envisager, dit-il, les populations diverses qui, depuis les Romains jusqu'aux Normands, ont conquis, envahi ou colonisé certaines parties de la Gaule et les caractères ou modifications ethnologiques qu'elles ont apportés. Cette étude a été savamment traitée par M. Lagneau; *mais ce ne sont là que des changements locaux, des empreintes superficielles* au-dessous desquelles on retrouve les caractères prédominants des deux races qui, depuis l'origine des temps historiques, se sont partagé le sol que nous occupons. C'est William Edwards qui, mettant le premier en contact les faits historiques et les données anthropologiques, a démontré que les Belges et les Celtes de César sont restés encore aujourd'hui distincts et caractérisés comme au temps de la conquête. Peu importent donc, ainsi que le fait justement remarquer M. Broca, les contestations survenues au sujet des noms de race kimrique et de race gallique créés par Edwards; le grand fait découvert par lui doit dominer désormais toutes les discussions de mots. »

Cette opinion relative à la conservation du type n'était pas seulement conforme aux idées de M. Edwards, elle répondait aux théories de Knox et de Nott. « Je ne pense pas, avait dit Robert Knox, qu'aucune race de métis puisse être maintenue par des métis seuls, au-delà de la 3e ou de la 4e génération. Il faut que ceux-ci s'allient avec les races pures ou qu'ils périssent. » Nott, plus catégorique déclarait que, par la seule action des lois de l'hybridité, le genre humain pourrait être exterminé si toutes les races actuelles venaient à se mêler entièrement.

A l'époque de la conquête romaine, les Celtes et les Kimris étaient rapprochés, la langue des seconds était devenue celle de tout le pays. Les tribus kimriques prirent une part aussi importante que les tribus celtes à la résistance à l'envahisseur. Il n'y avait dans tout cela, dira-t-on, que des alliances politiques incapables de faire disparaître les dissemblances de race et de conduire à la fusion réelle. Les invasions ultérieures furent sans importance. L'arrivée de Burgondes en Séquanaise, celle des Franks en Austrasie, celle des Normands en Neustrie, n'ont jamais constitué une prise de possession réelle, ni le remplacement d'une race par une autre. Cette opinion a été combattue par bon nombre d'historiens et d'anthropologistes, en particulier par Broca. « M. Knox, dit-il, ne voit dans tous les Français que des Celtes. Les Romains, les Francs, les Normands et même les Kimris n'auraient exercé sur la race celtique qu'une influence passagère et les Français seraient depuis longtemps retournés au type des anciens Gaulois du centre. Je me propose de démontrer que, *exception faite d'un petit nombre de localités fort restreintes où les hommes ont conservé la pureté de leur race*, le sol de la France est occupé aujourd'hui par une race croisée dont les caractères varient de région à région suivant les proportions relatives des éléments ethnologiques qui ont pris part au croisement. On reconnaîtra ainsi que plusieurs de ces éléments ont laissé sur la population de nos divers départements des empreintes bien manifestes. »

Les invasions ne furent pas des événements aussi insignifiants qu'on veut bien le dire. Pendant la conquête des Gaules, César força plus de 800 villes, subjugua 300 tribus, vainquit 3,000,000 de combattants, dont 1,000,000 avaient péri sur les champs de bataille et 1 million était réduit en esclavage. Lorsque toute une tribu était anéantie une colonie romaine se fixait dans le pays, traçait des routes, bâtissait, des aqueducs et des temples. Est-il possible d'admettre que l'élément immigré ait été noyé dans la masse indigène? Les premiers navigateurs qui retrouvèrent le Groënland, au siècle dernier furent singulièrement surpris de rencontrer des Eskimos blonds et à traits presque européens. La conquête romaine produisit des perturbations, des déplacements, des calamités propres à rapprocher et à mélanger les races ; mais les invasions barbares furent plus formidables encore. « Dans celle de 406, ils emmenèrent en captivité tant de Gaulois que les cités belges furent, selon l'expression d'un contemporain, transférées en Germanie; on ne voyait plus dans les campagnes ni troupeaux, ni arbres, ni moissons; les barbares ne laissaient après eux qu'un sol et des débris fumants. » Ce n'étaient plus là des expéditions militaires, c'était l'arrivée de tout un peuple.

Une grande partie des Barbares qui passèrent le Rhin en 406, sous un chef commun appelé Chrocus, ne retournèrent pas en Germanie. Les uns s'établirent en Gaule, les autres allèrent jusqu'en Espagne. A la suite de ces invasions, d'autres peuplades se fixèrent sur les territoires abandonnés et obtinrent des patrices ou des empereurs, des rescrits qui donnaient une apparence de légitimité à leur possession. C'est ainsi que les Burgondes devinrent maîtres du pays des Séquanes ; Wallia, chef des Wisigoths, obtint la partie méridionale des Gaules, à condition de la défendre contre les Vandales, les Suèves et les Alains d'Espagne.

J'ai toujours cru que ces exodes guerrières devaient ressembler à celle des Helvètes que César battit au passage de l'Arar. Cette population kimrique, brave et entreprenante, se trouvait à l'étroit dans son territoire limité par le Rhin, le Jura, le lac Léman et le Rhône. « Il lui était difficile de s'étendre et faire la guerre au loin. C'était une cause de regret perpétuel pour ces hommes belliqueux. Une frontière, longue de 140 milles et large de 180, leur paraissait une limite trop étroite pour une nation aussi nombreuse, aussi amie de la gloire et aussi courageuse que la leur.[1] » Poussés par ces motifs et par le désir d'occuper un pays plus riche que le leur, les Helvètes voulurent conquérir des terres dans la Gaule méridionale. Pendant deux ans, ils préparèrent leur émigration, se procurèrent des chevaux et des chars, recueillirent la plus grande quantité de froment qu'ils purent. La troisième année, lorsque tout fut prêt, ils partirent après avoir incendié villes, bourgs, habitations privées. Chacun d'eux avait pour trois mois de vivres, ce qui resta fut brûlé. Les Helvètes étaient donc partis sans espoir de retour. Si, au lieu d'être écrasés par César,

1. J. Cæsaris, *Commentar.*, lib. I. cap. 1.

ils eussent accompli leurs desseins, on se demande ce que seraient devenus les premiers occupants du pays choisi par eux. Il nous semble difficile, comme l'a fort bien fait remarquer P. Broca, de considérer l'influence de ces éléments sur la race comme insignifiante et de supposer qu'il n'y a aujourd'hui sur le territoire français, comme deux siècles avant la conquête romaine, que des Celtes et des Kimris.

Si nous examinons la carte dressée par M. Dubois, en tenant compte des considérations que nous venons d'exposer, nous verrons que la distribution des éléments ethniques, telle que l'indique la répartition des caries dentaires précoces, n'est pas conforme à l'histoire. Je ne trouve une concordance parfaite que pour la Bretagne, restée franchement celte. Si nous prenons, au contraire, la bande blanche centrale allant du département de Saône-et-Loire à celui de l'Aude et qui, paraît également celte, nous voyons cette hypothèse contredite par une foule de données.

« Les Belges ou Volkes, qui formaient le second ban de l'invasion kimrique, n'arrivèrent en Gaule que dans le courant du IVe siècle, dit Broca, et pendant que le gros de leur nation se fixait dans le Nord-Est, deux de leurs tribus, se frayant un passage à travers les pays des Celtes, vinrent s'établir dans le Midi, où elles furent désignées par le nom de Volkes. Les Volkes aricomites placèrent leur chef-lieu à Nîmes, dont on leur attribue la fondation ; les Volkes tectosages, plus célèbres dans l'histoire, eurent Toulouse pour capitale. Cette pénétration du Centre et du Midi des Gaules par des tribus kimriques prouve peu de chose contre la doctrine de l'origine ethnique des déchéances dentaires précoces: pour ses partisans, cette considération militerait plutôt en sa faveur, car ni le Gard, ni la Haute-Garonne ne font partie des départements blancs.

(*A suivre.*)

ETIOLOGIE DES ACCIDENTS CAUSÉS PAR LA DENT DE SAGESSE

Par M. Loup.

La question des accidents causés par la dent de sagesse est souvent mise à l'ordre du jour depuis que Toirac, en 1828, publia, avec une certaine précision, son mémoire sur les déviations et accidents que peuvent causer les 3es grosses molaires et fut le sujet d'intéressantes études, de publications, de thèses inaugurales.

Avant Toirac, à moins de vouloir faire un relevé historique, nous ne trouvons pas beaucoup d'auteurs s'occupant de cette question et, en tous cas, ils ne disent rien qui puisse nous éclairer sur l'étiologie de cette évolution vicieuse. C'est à peine si Hunter, en 1771, en dit quelques mots, et encore ne parle-t-il que des lésions des parties molles ; Jourdain, entrevoyant les accidents osseux, s'étend plus lon-

guement, mais sans plus d'éclaircissement sur le phénomène initial.

Depuis Toirac, le nombre des publications s'est accru considérablement ; aussi ne les citerons-nous pas, nous contentant de donner les noms des auteurs dans lesquels nous avons puisé quelques renseignements.

Malgré l'assiduité avec laquelle nous lisons tous les articles ayant trait à la chirurgie dentaire, l'idée de ce modeste travail ne nous serait pas venue si nous ne nous étions trouvé, en qualité d'assistant chez M. Godon, à soigner un malade dont la dent de sagesse avait causé des désordres très étendus sur le maxillaire inférieur. Nous espérons que M. Godon voudra bien, dans l'intérêt de la science et avec le talent d'écrivain qui lui est particulier, nous donner cette observation, qui est une des plus curieuses que nous connaissions.

Nous prions donc nos lecteurs de vouloir bien nous excuser si, malgré les travaux si savants parus jusqu'à ce jour, nous osons retracer quelques-uns des phénomènes de cette affection. Mais on ne saurait trop connnaître les accidents fort graves de cette évolution vicieuse, et, relater les observations de telle ou telle maladie, c'est mettre en garde contre un pronostic souvent fâcheux tous ceux qui se trouveront en présence de cette maladie.

C'est pourquoi, devant cette excuse, il ne nous a pas paru téméraire d'essayer d'éclaircir une des questions les plus difficiles de la pathologie dentaire.

En effet, en abordant cette étude, nous nous adressons à une histoire étiologique et pathologique des plus sérieuses et des plus complexes.

Comme le dit Magitot, l'époque critique de la dentition ne peut être attribuée qu'à la 5me période, époque de l'éruption de la 3me molaire, étant donné les accidents de toutes sortes qui accompagnent son évolution et dont la gravité met quelquefois la vie des malades en danger ; et encore ne faut-il prendre, parmi les dents de sagesse, que les inférieures, car les supérieures ne rencontrent guère d'obstacle à leur sortie ; la protubérance du maxillaire supérieure étant libre en arrière et sur les côtés. Cela ne veut pas dire toutefois que la 3me molaire supérieure évolue toujours normalement ; il n'en est rien, mais à part que les troubles qui lui sont dus sont très rares, il faut ici en signaler l'absence fréquente.

Darwin dit que la dent de sagesse est un organe de dégénérescence et qu'elle tend à disparaître complètement dans la race humaine. Aussi notre étude ne portera-t-elle que sur la 3me grosse molaire inférieure.

Toutes les dents prennent naissance pendant la vie intra-fœtale, excepté la 2me et la 3me molaire permanentes. Cette période d'apparition des germes s'étend depuis la sixième semaine de la fécondation jusqu'au cinquième mois, époque où naît le follicule de la 1re grosse molaire permanente.

Suivons un peu ce qui se passe pour les germes de ces dents, en y

comprenant le germe de la 2me molaire qui apparaît au troisième mois après la naissance. Nous trouvons 44 germes qui ont pris naissance dans des tissus muqueux et cartilagineux et 4 dans un tissu osseux de densité très faible.

La nature, qui est le modèle de la coordination, place ces embryons à leur place respective et, à moins de troubles généraux chez la mère pendant la gestation, ou chez le fœtus ou encore chez l'enfant sitôt après la naissance, la croissance de chacun de ces organes se fera d'une façon normale. En effet, ces dents se développent dans un milieu peu résistant et ne rencontrent pas d'obstacles sérieux à leur sortie, surtout les dents de lait, moins que les dents permanentes, car pour celles-ci quelques accidents ont été notés.

Cependant ceci n'est pas régulier, la dentition de lait incommode davantage que les dents permanentes, mais pour cette raison que l'enfant est trop faible encore pour supporter ce travail, de sorte que nous arrivons à l'époque de la dent de douze ans sans avoir eu de désordres sérieux, généralement parce que l'emplacement nécessaire à leur évolution a été suffisant et que l'os du maxillaire s'est développé en même temps que les dents, en se respectant mutuellement.

Lorsque l'éruption de la 2me molaire est achevée, le bord postérieur de celle-ci est en contact immédiat avec le bord antérieur de la branche montante du maxillaire inférieur, et si cet os continue à se dentifier sans prendre d'allongement à partir de cette époque, la dent de sagesse rencontrera de sérieux obstacles lors de sa sortie.

D'après Magitot, si le maxillaire cesse de s'accroître en longueur à partir de l'époque où la 2me molaire a fait son éruption, c'est que la 3me molaire, par son atrophie ou par l'extrême lenteur de son développement, cesse d'imprimer au tissu osseux l'impulsion physiologique nécessaire à son allongement.

Peut-on, d'après cette théorie, invoquer toujours comme cause des accidents le manque d'emplacement ? Nous croyons que non, et nous posons en principe que *tout germe doit s'accroître, se développer d'après une direction diamétralement opposée au point qui lui servira d'attache de nutrition.*

Evidemment la cause essentiellement mécanique, le manque d'emplacement, est souvent en jeu, mais, selon nous, ce n'est pas général, et les accidents qui en dérivent ne sont pas les plus sérieux.

Les plus graves sont dus à une anomalie dans la disposition du germe, liée à une cause mécanique lors de l'évolution.

Supposons le germe de la dent de sagesse comme un petit champignon se détachant du cordon de la deuxième molaire pour aller prendre sa place, et que, par une cause inconnue, phénomènes généraux ou locaux, phénomènes qui détermineront une anomalie dans la disposition de ce germe, ce champignon soit dans une direction telle que sa partie adhérente le fasse trouver dans une position absolument horizontale ; est-ce que l'emplacement dévolu à la sortie de cette dent entrera pour quelque chose dans les accidents qu'elle déterminera lors de son évolution ?

Que la 2me molaire se trouve en contact direct avec la base de

l'apophyse coronoïde ou bien qu'il y ait entre elle et cette apophyse un demi-centimètre de distance, la dent n'en aura pas moins sa disposition horizontale, et la cause mécanique n'interviendra que lorsque la dent, par suite de sa croissance, atteindra la face postérieure de la 2me molaire. Aussi ne devons-nous pas admettre cette théorie qui dit que l'extrême lenteur du développement de la dent de sagesse est la cause de l'arrêt dans l'allongement du maxillaire.

Couroy, dans sa thèse, donne une explication encore moins acceptable.

D'après lui, lorsqu'il n'y a que peu de place, l'éruption commence dans un espace rétréci supérieurement, par suite de la forme conique à la base supérieure de la deuxième molaire; la dent, au moment où elle rencontre de la résistance, s'incline alors en dehors. Si, au contraire, le manque d'espace est plus notable, c'est une déviation antéro-postérieure qu'on observe.

Supposons deux sujets différents, du même âge et du même tempérament; deux dents de sagesse apparaissent en même temps l'une verticalement, l'autre horizontalement, l'une évolue sans accidents graves, l'autre avec des accidents sérieux. Est-ce que, au point de vue de l'impulsion donnée à l'os, les deux dents n'ont pas eu la même activité dans leur développement ? Est-ce que l'emplacement entre pour quelque chose dans les phénomènes pathologiques produits?

L'emplacement peut être un obstacle immédiat pour celle qui évolue dans une direction normale ; mais, pour l'autre, nous ne pouvons accuser que l'anomalie de disposition du follicule comme cause principale ou primitive.

Il en sera de même pour toutes les dents qui auront une éruption anormale, soit du côté de la joue ou du côté de la langue, soit dans une direction antéro-postérieure ou supéro-inférieure, etc ; qu'elles prennent telle ou telle direction, cela n'implique pas que leur vitalité ait été entraînée et c'est ce qui nous fait respecter la théorie de la dent cause du développement ou de l'arrêt du maxillaire.

Heydenreich, à la suite des diverses théories de Magitot et de lui-même, trouvant qu'elles ne sont pas suffisantes pour expliquer la cause des désordres de cette dent, dit qu'on est obligé de faire intervenir l'hétérotopie dentaire. D'après Magitot, cette anomalie serait due à la migration du follicule dentaire par déroulement de la spire de son cordon.

Nous regrettons que l'étiologie de ces accidents ne soit pas plus attribuée à ces faits qu'aux autres qui ne sont pour nous que secondaires.

L'emplacement entre la branche montante et la 2me molaire ne se fait pas pour la 3me molaire, mais bien par la 3me molaire, c'est-à-dire qu'il se fait en quelque sorte pathologiquement ; la résorption de la partie antérieure de cette branche se fait par l'irritation que cause la dent qui pousse verticalement, tandis que cette résorption ne se fait pas lorsque la dent a une position plus ou moins couchée.

Nous définirons donc les accidents causés par la dent de sagesse en :

a) Accidents légers, causes essentiellement mécaniques.
b) Accidents graves, causes de disposition du follicule liées à une cause mécanique.

Accidents légers, causes essentiellement mécaniques.

En général, tous les germes dont l'obliquité formera un angle plus petit vers la base de l'apophyse coronoïde que vers la base du maxillaire, tous ceux parallèles à la deuxième molaire et qui n'auront pas l'emplacement proportionné au volume de la dent à laquelle ils donneront naissance, seront sujets à des accidents légers en ce sens que les scarifications, les bains émollients et tous les traitements appropriés pourront les aider dans leur évolution, et qu'en tous cas il pourra toujours être pratiqué à leur extraction, soit avec le davier ou la langue de carpe, sans avoir à sacrifier la deuxième molaire.

Accidents graves, causes de disposition du follicule liées à une cause mécanique.

Tous les germes dont l'angle aigu se rapprochera plus de la base du maxillaire que de la branche montante, tous les germes horizontaux ou transversaux, tous ceux ayant une direction antéro-postérieure, etc, auront à subir des obstacles sérieux, dont il sera toujours difficile de les débarrasser. D'une part, ils auront la deuxième molaire qu'il faudra sacrifier et qui n'arrête pas toujours les accidents, d'autre part, ils auront des couches osseuses résistantes à vaincre, telles que les feuillets internes ou externes de l'os du maxillaire, et là, la cause ne sera pas toujours facile à éloigner. En résumé, nous aurons à craindre, dans cette catégorie d'accidents, de graves opérations, et le pronostic en sera des plus sérieux dans la grande majorité des cas.

D'après nous, il est cependant plus probable que les accidents sont dûs plutôt à la disposition du germe qu'à une influence ultérieure à sa naissance, car nous ne voyons pas bien comment un obstacle quelconque pourrait faire qu'une dent, au lieu de pousser vers le bord alvéolaire du maxillaire, évoluât vers la base.

Aussi avons-nous donné cette deuxième définition pour établir un argument de plus en faveur de notre théorie. A la rigueur, une déviation plus ou moins accentuée de cet organe, voire même une déviation horizontale, peut s'expliquer par un obstacle rencontré, mais lorsque cet organe se trouve avoir les racines à la place où devrait être la couronne, la disposition du germe seule est admissible.

Quelques observations d'accidents causés par la dent de sagesse, dus, d'après nous, à la disposition du germe, prises dans la thèse de Heydenreich, serviront à expliquer ce que nous venons de dire sur l'étiologie de l'évolution vicieuse de la dent de sagesse.

Observation de Désirabode.

Chéron, 25 ans, charron, est apporté en 1841 à la Pitié, dans le service de Lisfranc. Sujet depuis quelque temps à de violentes douleurs de dents, il s'était précipité dans la rue de la fenêtre de sa chambre, située sous les combles. A son entrée à l'hôpital, nombreuses contusions et abattement profond ; très mal la nuit suivante, mort le lendemain. A l'autopsie, on trouve la dent de sagesse inférieure gauche placée sous la gencive fortement tuméfiée ; elle est dirigée d'arrière en avant, ses racines correspondent à la base de l'apophyse coronoïde, et sa couronne appuyée contre la dernière grosse molaire sur laquelle elle exerçait une forte pression.

Observation de Bourdin.

Jeune Belge, âgé de 25 ans, atteint d'accidents névralgiques. La deuxième molaire était si rapprochée de l'apophyse montante du maxillaire que la dent de sagesse ne pouvait trouver sa place ; celle-ci, d'ailleurs, avait pris une direction horizontale et comprimait la deuxième molaire. On essaie vainement d'extraire la dent de sagesse. Le malade vient à Paris, où le chirurgien dentiste Lallement conseille l'extraction de la deuxième molaire. Cette avulsion est pratiquée et les névralgies disparaissent comme par enchantement. Nous croyons que, dans ces deux observations, la cause primitive, initiale des accidents, a été la disposition du germe ; le maxillaire aurait pu grandir que le phénomène pathologique aurait existé tout de même, la dent n'eût pas pris une direction verticale.

Meckel et Tomes citent chacun un cas dans lequel la dent avait éprouvé un renversement complet, de telle sorte que la couronne était inférieure et les racines tournées vers la cavité buccale. Pour expliquer le mécanisme par lequel se produisent ces déviations, Heydenreich dit : « Il est certain que, dans sa lutte avec les parties qui la brident, la dent de sagesse s'échappe du côté où la résistance est plus faible ».

Cette explication très brève ne nous paraît pas très claire et est susceptible de critique. En effet, comme nous l'avons déjà dit, un obstacle quelconque peut faire dévier l'organe dentaire un peu plus à gauche, un peu plus à droite que sa position normale, même le coucher complètement; mais quand il s'agit de le renverser complètement, nous maintenons que, seule, la position de l'embryon est coupable.

A la suite de toute théorie il est nécessaire de pouvoir tirer des déductions pratiques. Cependant nous sommes forcé de dire que celle-là n'est qu'une pure et simple théorie pathologique et dont l'éclaircissement ne tire pas à profit pour la pratique ; et cela se conçoit au point de vue prophylactique, car nous ne pouvons pas diriger un organe que nous ne voyons pas et dont il ne nous est même permis que jusqu'à un certain point de soupçonner la présence ; mais

la connaissance de ces faits peut nous être utile quelquefois dans le traitement. Lorsqu'on se sera bien convaincu de la position de la dent de sagesse, selon sa direction, on attendra, en appliquant la thérapeutique nécessaire, qu'elle fasse son évolution, ou on pratiquera l'avulsion de la 2e molaire, soit pour faire sa réimplantation après extraction de la dent de sagesse, soit pour laisser pousser celle-ci et l'aider dans son travail d'ascension. Nous renvoyons donc nos lecteurs à notre définition des accidents.

Nous ne dirons plus qu'un mot pour finir. Il arrive qu'à la suite de ces accidents causés par la dent de sagesse, une périostite alvéolo-dentaire intense nous oblige à enlever plusieurs dents qui baignent plus ou moins dans le pus et qu'il y a une nécrose partielle, mais quelquefois étendue du maxillaire inférieur. Il est d'usage de ne détacher les séquestres qu'autant qu'ils sont très mobiles ; nous estimons qu'il est préférable de ne pas attendre que ces séquestres soient sur le point de se détacher d'eux-mêmes pour les enlever.

Partout où nous avons une collection purulente, il sera plus judicieux de ruginer l'os, soit avec une curette ou tout autre instrument *ad hoc* et obtenir dans ce foyer le plus possible de surface lisse, car le pus et les séquestres sont corollaires l'un de l'autre. Le pus donnera des séquestres et les séquestres donneront du pus. A cet égard il faut donc exciser toutes les parties mortes. Nous extrayons du *Bulletin Médical* un moyen très curieux, très simple et très judicieux pour l'élimination des séquestres par l'acide chlorhydrique et la pepsine, dû à M. le Dr Morris, d'Amérique. S'il y a plusieurs fistules aboutissant au même foyer purulent, on les réunit, autant que possible, puis on fait des pansements antiseptiques jusqu'à ce que les lèvres de la plaie soient tapissées de granulations. Le tissu de granulation, ne contenant pas de vaisseaux lymphatiques, présente une barrière puissante contre l'absorption des produits septiques et on n'a plus à craindre l'inflammation du tissu conjonctif que produit rapidement l'acide chlorhydrique.

Dès lors, on fait tous les soirs, au moment de se coucher, une injection dans le foyer purulent d'une solution d'acide chlorhydrique à 2 ou 3 0/0. La portion d'os malade soumise au contact de cet acide est rapidement décalcifiée. Puis, à intervalles réguliers, environ tous les deux jours, on ajoute à la solution d'acide chlorhydrique une certaine quantité de pepsine. Cette solution, ainsi complétée, digère en deux heures la portion d'os qui a été décalcifiée ainsi que les détritus et la graisse. S'il y a une suppuration abondante, il sera bon de laver le foyer avec l'eau oxygénée avant chaque injection.

Les os vivants n'étant pas attaqués par les acides minéraux, c'est là, croyons-nous, un traitement que nous pourrons employer avec succès.

PERTE DE NEUF DENTS PAR TRAUMATISME

Par M. Francis JEAN

Le sujet dont il est question est un enfant de 3 ans dont l'avenir de la dentition causait à ses parents la plus vive inquiétude.

L'enfant est blond, figure pâle, intelligence moyenne, taille normale. Au côté droit, les ganglions sous-maxillaires sont engorgés; au côté gauche, ils le sont moins ; cicatrice de trois centimètres environ au-dessous de la lèvre inférieure côté gauche. Les parents ont une excellente santé.

A l'examen de la bouche, nous constatons, au maxillaire inférieur, l'absence de huit dents, toute l'arcarde, à l'exception des deux molaires droites, dépressions considérables, gencives saines. L'arcade supérieure est complète, les dents antérieures sont recouvertes de tartre vert adhérent ; la molaire droite est très mobile et la gencive environnante est en état de suppuration abondante ; cette dent est contenue dans un séquestre comprenant ses alvéoles propres et la paroi alvéolaire externe de la prémolaire voisine. Toutes les dents sont indemnes de carie.

M. B... nous donne sur son enfant les renseignements suivants : Il y a un an, cet enfant eut successivement la rougeole et la scarlatine. Puis, plus tard, en octobre dernier, une angine couenneuse assez grave contre laquelle le traitement usité en pareil cas fut prescrit : badigeonnages au salicylate de soude, pulvérisations boriquées, alun, etc. L'enfant se laissa traiter au début, mais soit que les manœuvres opératoires le fissent trop souffrir ou que bien le traitement lui-même le gênât, il fut impossible de continuer, le petit malade ne voulant plus ouvrir la bouche.

Le médecin jugea alors nécessaire de recourir à la force et il prépara à cet effet une sorte de bâillon en bois de forme ovale, à manche, qu'on introduisit tant bien que mal entre les arcades dentaires. Il suffit de tourner l'appareil sur lui-même pour écarter les maxillaires, ce qui arriva ; mais, malheureusement la violence des efforts occasionna un écrasement de la lèvre inférieure, dont nous constatons les traces, des fractures partielles du maxillaire inférieur, la luxation de la molaire supérieure droite avec fracture du maxillaire et la luxation de toutes les dents inférieures, à l'exception des 2 molaires gauches. Grâce à cette brèche, l'opérateur put introduire ses pinceaux et faire ses pulvérisations aux moments voulus dans la gorge de l'enfant, qui fut guéri de son angine 15 jours après. De temps en temps, des esquilles furent enlevées par le médecin, et la bouche fut guérie également, à l'exception de la région supérieure droite dont je vous ai décrit l'état précédemment. Je me mis en devoir d'enlever la molaire dans son séquestre et constatai alors que le sinus n'était pas lésé et qu'une nouvelle formation d'os était déjà formée. Quelques irrigations antiseptiques dans la plaie, et tout rentra dans l'ordre.

Nous déplorons la perte d'un aussi grand nombre de dents en raison des difficultés masticatoires dans lesquelles se trouve actuellement notre malade. Deux dents seulement servent à la mastication et encore elles ne s'engrènent plus, ce qui nous permet de croire à la luxation du maxillaire au moment de l'accident.

L'avenir des dents permanentes correspondantes est, à notre avis, largement compromis. La disparition prématurée de ces dents temporaires, compliquée par les fractures, n'occasionnera-t-elle pas la constitution d'organes définitifs défectueux, en raison des lésions des germes ?

Un nombre anormal par diminution, par suite de la suppression de certains germes, s'en suivra-t-il ?

Un mauvais arrangement sera-t-il le résultat de ce traumatisme ? Nous le souhaiterions, car, dans ce cas, l'orthopédie pourrait peut-être y remédier.

Quoi qu'il arrive, je vous mettrai au courant des transformations que subira cette bouche, me trouvant à même de suivre la croissance de cet enfant.

Pour conclure, nous ne saurions trop engager à la prudence lorsqu'il est nécessaire d'employer la force pour ouvrir la bouche d'un malade, car des accidents de ce genre sont à craindre, surtout chez un sujet dont la constitution pourrait laisser à désirer, ou bien lorsque des troubles de nutrition, si légers soient-ils, se seraient manifestés.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 5 juillet 1892.

Présidence de M. Gillard, président.

La séance est ouverte à 9 heures un quart.

M. Francis Jean, secrétaire général, donne lecture du procès-verbal, qui est adopté.

M. Gillard. — M. Viau se fait excuser de ne pouvoir assister à la séance et demande la remise de la communication qu'il devait nous faire.

I. — Nouvelle soufflerie pour le chalumeau, par M. Joliot.

M. Joliot. — L'appareil que j'ai l'honneur de vous présenter permet, sous un petit volume, de développer une grande puissance comme soufflet et de travailler assis, sans mouvements du corps. Il peut s'adapter à tous les chalumeaux à gaz. (Il fait fonctionner l'appareil).

DISCUSSION

M. Paulme. — Pouvez-vous adapter le petit tube de caoutchouc sur le gros chalumeau de Fletcher ?

M. Gillard. — Comme ce chalumeau ne possède pas de téton, ce

n'est pas facile, mais je vous recommande les petits tubes en caoutchouc appelés *feuille anglaise*, très fins et très souples à la fois.

M. Francis Jean. — Quel avantage présente cette soufflerie sur celle de Fletcher ?

M. Joliot. — Elle ne nécessite aucun mouvement du corps.

M. Gillard. — Elle est très douce, je l'ai essayée.

M. Francis Jean. — Ce sont en somme deux petits soufflets jumeaux d'un très petit volume. Je constate que cette soufflerie est un véritable perfectionnement.

M. Gillard. — En effet, le mouvement qu'elle cause est insignifiant. Un léger mouvement du pied la fait fonctionner.

La soufflerie de M. Joliot est ce que j'ai vu de meilleur, avec la trompe à eau ; elle est applicable partout où on a le gaz, et même l'essence pourrait remplacer le gaz.

M. Gillard. — Cette soufflerie peut rendre des services dans nos laboratoires.

II. — Perte de neuf dents par traumatisme, par M. Francis Jean

M. Francis Jean donne lecture d'une communication (voir *Travaux originaux*) et présente les modèles.

DISCUSSION

M. Francis Jean. — N'ayant vu le malade qu'après sa guérison relative, j'en déduis que le maxillaire a dû être luxé, en raison du défaut d'engrènement des deux molaires restantes au maxillaire inférieur, qui se trouvent, en fermant la bouche, en contact avec la face palatine de leurs antagonistes. Mais le côté intéressant de mon observation porte sur la disparition prématurée des dents temporaires ; aussi serai-je heureux d'avoir votre avis sur les conséquences qui pourraient en résulter. Les parents de l'enfant se demandent si elles repousseront, si elles repousseront en ordre, si elles repousseront en nombre.

M. Barrié. — Les conséquences sont, à mon avis, subordonnées aux désordres osseux. Les séquestres étaient-ils considérables ?

M. Francis Jean. — On m'avait promis de me les envoyer, mais on ne l'a pas fait; toutefois les dépressions permettent de juger de la gravité du traumatisme.

M. Swaycarsky. — Les dents étaient-elles saines ?

M. Francis Jean. — Oui, à en juger par celles restantes, l'enfant n'en avait jamais souffert.

M. Debray. — Il n'y avait pas d'abcès ?

M. Francis Jean. — Non.

M. Loup. — Je ne crois pas que les germes aient disparu, parce que, à 3 ans, ils se trouvent encore dans une couche profonde du maxillaire ; cependant il faudrait savoir quelles sont les portions alvéolaires qui ont été fracturées.

M. Francis Jean. — Sur une grande étendue, la totalité des alvéoles a disparu et je redoutais, en extrayant la molaire, de pénétrer dans le sinus.

M. Francis Jean. — J'offre les moulages au musée.

M. Gillard. — Nous vous en remercions et vous prions de nous tenir au courant de ce qui se passera si vous pouvez surveiller le cas.

III. — Reconstitution des dents a l'aide de couronnes partielles en or, par M. Barrié

M. Barrié donne lecture d'une communication qui sera (insérée aux *Travaux originaux*, numéro de septembre) et présente des spécimens qu'il offre au musée de l'Ecole.

DISCUSSION

M. Barrié. — Ce que mon procédé présente de particulier c'est un fil métallique qui court à un millimètre sur les bords de la coiffe. Un crampon au centre ne suffisait pas, car j'ai constaté dans bien des cas que les bords se soulèvent.

M. Francis Jean. —Au point de vue pratique c'est très ingénieux ; ce mode de rétention peut assurer toute la solidité désirable.

M. Swaycarski. — J'ai dans ma bouche une plaque pareille, sauf la petite modification du fil.

M. Frantz. — La difficulté pour fixer le fil doit être assez grande.

M. Francis Jean. — Le côté original du procédé de M. Barrié c'est le moyen de rétention autour de la cavité ; la fixation du fil n'est pas une difficulté, tout mécanicien peut le faire.

M. Gillard. — Le petit fil remplace le bouton sur le bloc en porcelaine.

M. Loup. — Il est important que les bords de ces coiffes soient malléables et je crains que la soudure ne s'oppose à cet avantage.

M. Barrié. — J'ai toujours eu toute satisfaction avec mon procédé. Je me sers du ciment *Marfil* ; il durcit lentement et est excessivement adhérent.

M. Gillard. — Je remercie M. Barrié, au nom de la Société, du don qu'il veut bien faire au musée.

IV. — Etude sur la dent de sagesse, par M. Loup

M. Loup donne lecture d'une communication sur ce sujet (insérée aux *Travaux originaux*).

DISCUSSION

M. Joseph. — Au sujet de l'étiologie des accidents dus à l'éruption de la dent de sagesse, il y a une thèse de M. Redier qui démontre que la théorie de Magitot n'est pas juste. Ce sont, paraît-il, des produits septiques qui s'accumulent d'ordinaire autour de la dent de sagesse et qui causent de l'infection.

M. Francis Jean. — C'est rationnel, car au moment de l'éruption il se forme une sorte de *cloaque* qui favorise cette accumulation.

M. Gillard. — M. Loup conseille l'enlèvement immédiat des séquestres ou leur dissolution par des irrigations d'acide chlorhydrique étendu d'eau ; ce dernier moyen me convient mieux, car si vous voulez enlever un séquestre quand il n'est pas mobile, vous courez risque de rompre l'autre maxillaire. Il faut donc être très prudent quand on enlève les séquestres.

Je crois être, en tout cas, l'interprète de la Société en remerciant M. Loup de sa communication très étudiée, comme quelques-unes de celles que nous avons entendues ces derniers temps.

V. — Un nouveau clamps, par M. Dipparaguère

M. Loup. — Je suis allé à Bordeaux en janvier dernier et un de nos confrères, M. Dipparaguère, m'a donné un clamps qu'il a modifié : celui de M. Barbe avec ailettes auquel il a ajouté deux petites aiguillettes sur lesquelles il fixe des tampons d'ouate. Le système est très ingénieux, parce que les aiguillettes maintiennent le coton placé ; dans la majorité des cas, on évite l'emploi de la digue par ce moyen.

M. Barrié. — M. Michaëls nous a fait voir, au congrès de 1889, un système analogue.

M. Frantz. — Avec le modèle présenté par M. Loup, il n'est pas à craindre que le coton passe au-dessus de la dent.

M. Gillard. — Avant de nous séparer, je vous rappelle que la Société entre en vacances et ne tiendra sa prochaine réunion qu'en octobre.

La séance est levée à 10 heures un quart.

Le Secrétaire général,
Francis Jean.

REVUE DE L'ÉTRANGER

L'OR NON COHÉSIF ET LES OBTURATIONS D'ÉTAIN

Par M. H. Baldwin, correspondant de l'*Odontologie.*

S'il est essentiel pour un opérateur de grande habileté de connaître parfaitement l'emploi de l'or cohésif, capable de former rapidement et solidement des obturations de contour, surtout pour les dents du devant et les bicuspides supérieures, il est également essentiel pour lui d'être expert dans l'emploi de l'or non cohésif, afin de donner à ses patients le travail le plus parfait, tout en dépensant le moins de temps et en leur causant le moins d'incommodité.

Beaucoup d'opérateurs commettent l'erreur de croire impossible de manier en maître les deux espèces d'or, et d'autres, habitués à

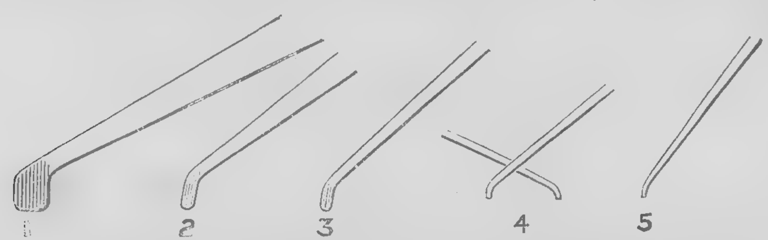
l'une d'elles, ont le tort de se moquer de l'autre. Cela s'applique surtout à quelques manipulateurs de l'or cohésif, qui se vantent de n'avoir jamais fait d'obturation à l'or non cohésif de leur vie.

La valeur immense et toutes les qualités de l'or cohésif pour la confection des contours et les obturations compliquées, sur le devant ou près du devant de la bouche, sont si évidentes qu'elles n'ont pas besoin d'être indiquées ; mais ce qui est très désirable, c'est que les opérateurs reconnaissent que, dans certains cas très nombreux, l'or cohésif peut-être remplacé avantageusement par le non cohésif, en évitant ainsi une perte considérable de temps, de substance de la dent et des incommodités.

Un grand nombre d'obturations actuelles non cohésives sont molles, friables et généralement peu satisfaisantes, ordinairement parce qu'elles ont été mal faites et que l'or n'a jamais été condensé. C'est à ces obturations qu'on doit la dépréciation de la matière obturatrice aux yeux de certains praticiens. Ils voient les insuccès qu'elles donnent et les considèrent comme non cohésives. Par contre, ils ne reconnaissent pas celles qui sont bien condensées et les considèrent comme cohésives. De temps en temps je vois des aurifications, quelquefois interstitielles, sur les dents du devant, qui sont parfaitement denses et parfaitement bonnes et durent depuis 50 ans. Aucune aurification n'était cohésive il y a 50 ans. Si le dentiste d'autrefois pouvait obtenir ces obturations durant une vie tout entière avec de l'or non cohésif, nous le pouvons aussi, si nous en apprenons la manière et si nous en prenons la peine. Mais, à moins que nous ne puissions faire une obturation quelconque aussi bonne et d'aussi belle apparence, aussi bien avec l'or non cohésif qu'avec l'or cohésif, nous ne devons pas employer le premier — excepté quand il n'est pas inférieur à aucun égard mais bien au contraire absolument supérieur pour l'économie de temps et d'ennui.

Je ne prétends pas qu'on puisse faire de grandes choses avec l'or non cohésif. Les grandes cavités ouvertes, par exemple, même dans les couronnes, je préfère les obturer avec de l'or cohésif ou de l'amalgame, si c'est loin dans le fond de la bouche, quoique dans ce cas on puisse obtenir d'excellentes obturations avec la méthode préconisée par par M. Amos Kirby, en employant des cylindres très denses ou des masses roulées ou pliées avec les doigts et en les appliquant contre les parois de la cavité au moyen du maillet, à grands coups. De cette façon l'obturation peut être rendue aussi dense qu'un lingot d'or coulé, et absolument durable. Mais où l'or non cohésif est remarquablement indiqué, c'est dans les cavités des couronnes de dimensions modérées, et surtout dans toutes les petites cavités avec des parois bien conservées tout autour. Dans ces cas, c'est souvent un grand bien que de pouvoir se passer de la digue en toute conscience, et là on le peut parfaitement. Quoiqu'il soit toujours convenable que toute obturation soit absolument sèche, du commencement à la fin, cela n'est pas essentiel avec l'or non cohésif, et quand c'est nécessaire, une obturation non cohésive peut être faite malgré la salive.

Pour les petites cavités et celles qui sont à la fois étroites et longues, telles que les fissures, lorsqu'elles sont complètement ouvertes, je ne me sers presque jamais de fouloir à pied pour l'or cohésif, mais j'emploie en revanche des fouloirs aplatis latéralement et je condense avec leurs côtés et leur pointe. Pour les travaux plus gros, les cô-



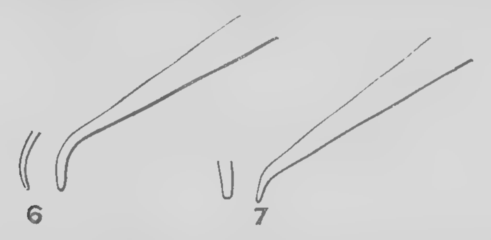
tés des fouloirs sont légèrement rayés dans la longueur et opèrent la condensation en se balançant fortement d'un côté puis de l'autre. Ce balancement est un moyen de condensation beaucoup plus puissant que celui qu'une pression quelconque peut exercer avec un fouloir à pied.

La dimension du fouloir doit varier avec celle de la cavité ; les faces latérales du fouloir doivent égaler la largeur des morceaux d'or introduits. Quant à la forme dans laquelle l'or est plié ou roulé, elle est variable et sans importance, quelquefois en ruban, quelquefois en corde, quelquefois en cylindre, et l'or est presque toujours pris et porté dans la cavité avec le fouloir lui-même, sans emploi de la pince. Un côté ou un autre du fouloir sert à prendre l'or, suivant que celui-ci doit-être placé contre le côté droit ou gauche de la cavité, le côté variant alternativement à mesure que le travail avance.

Pour les petites cavités, surtout dans la cavités interstitielles des dents antérieures, les fouloirs sont lisses, légèrement courbés latéralement et sont faits par paires, droits et gauches (fig. 4 et 5). Ces petits fouloirs lisses et fins, par une sorte de tour de maître, font entrer l'or en ruban dans les cavités petites et profondes des dents antérieures et donnent des obturations parfaitement denses et très réussies quand l'or cohésif serait tout à fait inutilisable par suite du manque de place. Dans ces cas, la pointe est employée largement pour comprimer chaque morceau d'or après qu'il a été porté en place sur le côté de l'instrument.

En commençant une de ces obturations interstitielles, il vaut mieux couvrir d'abord la paroi cervicale, puis la linguale, ensuite la labiale, enfin la paroi voisine de la pointe ou bord tranchant. Chaque morceau d'or est mis en place par un mouvement de torsion, de bordage, le talon de l'instrument étant maintenu fermement près du bord de la cavité tandis que la pointe est tournée rapidement en place jusqu'au fond de la cavité. Ce mouvement peut bien être appelé un *tour de maître*, car il correspond exactement à celui de l'opération de l'urèthre. Par un mouvement de torsion semblable, l'excès d'or est condensé à la surface par la pointe de l'instrument. Si l'or, quand tout est tassé, est en contact avec la dent voisine, il doit être

scié doucement avec une scie à user plate et mince dans une monture Kæber, puis bruni fortement avec des brunissoirs courbés, aplatis, faits par paire, le droit et le gauche (fig. 6) et avec un brunissoir



court, aplati, dont la pointe est recourbée brusquement. (fig. 7). Le brunisseur n° 7 est un compresseur puissant, car il est mû par un mouvement de levier dont le point d'appui est pris sur la dent voisine. On termine l'obturation en passant entre les dents le disque le plus fin qu'on puisse obtenir de papier d'os de seiche.

De même pour l'or pur non cohésif. Reste maintenant la question de l'étain. Il n'est pas douteux que les obturations composées d'étain et d'or subissent un changement notable et très profitable pendant les douze premiers mois, changement causé par le contact des deux métaux et dû probablement à la formation d'oxyde ou de sulfure d'étain sous l'influence de l'action électrique. M. Tomes, le premier,appela mon attention sur ce changement particulier, il y a neuf ans. Je ne sais qui l'a remarqué pour la première fois, mais il a été d'usage constant d'employer la combinaison dans les cas convenables, dans le but spécial d'assurer la transformation pour cet espace de temps au moins [1]. Le changement a pour conséquence que l'obturation devient dure comme de l'amalgame et cohésive partout. J'ai remarqué que la quantité d'or doit dépasser celle de l'étain ; en tout cas ce dernier ne doit pas être beaucoup en excès, autrement le durcissement n'a pas lieu ; au contraire, j'ai remarqué dans ces cas une disparition de l'étain qui ne pourrait s'expliquer qu'en supposant que l'étain s'est transformé en partie en un sel soluble et s'est conséquemment perdu. Le moyen habituel de préparer l'étain et l'or est de plier une feuille d'étain n° 4 (de l'extra épais de White) entre deux feuilles d'or non cohésif n° 5 (d'Abbey de préférence). Même quand on s'en sert tout de suite, cette combinaison possède de telles qualités de liaison qu'elle devient extrêmement facile à travailler et, après un laps de temps de six mois ou plus, elle acquiert une telle dureté et une telle cohésion qu'on peut l'employer toutes les fois que c'est possible au lieu d'or pur non cohésif, son aspect étant la seule chose qui l'empêche d'être dans tous les cas supérieure à l'or pur non cohésif comme matière obturante.

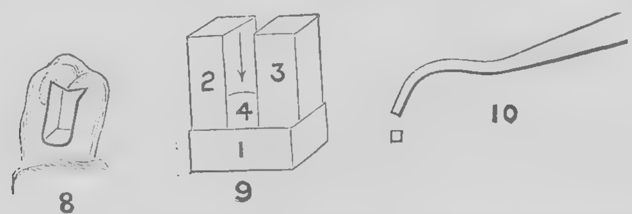
Elle tient dès le début beaucoup mieux que l'or pur. Dans quelques cas de fissures profondes des molaires chez des patients jeunes, j'ai obturé avec de l'étain et de l'or, sans aucune excavation, au moyen du bord d'un fouloir très finement aplati, et dans chaque cas

1. M. Tomes me dit qu'elle remonte à vingt ans au moins.

de cette espèce les obturations, quoique datant de plusieurs années, sont encore parfaites. L'étain et l'or doivent être tassés de la même façon que l'or non cohésif, excepté qu'il n'est pas nécessaire d'avoir autant de soin. Il est essentiel cependant de le condenser parfaitement, mais cela est facile.

Il suit de ce qui précède que le mélange d'étain et d'or vaut toujours mieux, quant à la durabilité au bord cervical, que l'or pur non cohésif d'une combinaison non cohésive et qu'un travail cohésif. Dans tous les cas de cavités interstitielles profondes de bicuspides, l'étain et l'or réunis sont incontestablement la meilleure substance qui puisse être employée au bord cervical, mais, pour l'esthétique, il vaut mieux placer de l'or pur non cohésif contre la paroi labiale quand l'obturation doit se voir entre les dents. Dans les cavités interstitielles des dents antérieures obturées avec de l'or non cohésif, il y a avantage à opérer avec un peu d'étain et d'or à l'arrière et sur la partie de l'obturation qui ne se voit pas. En fait, toute obturation non cohésive est rendue plus sûre par l'introduction d'un peu d'étain et d'or.

Enfin l'or et l'étain réunis constituent une obturation de contour absolument satisfaisante dans certaines cavités interstitielles compliquées des bicuspides et des molaires (par *compliquées* je veux dire s'étendant à la fois sur les faces interstitielle et triturante). Les seules conditions à remplir par la cavité sont que les parois labiale et linguale soient fortes et bien conservées et que la cavité s'étende au moins aussi profondément dans la substance de la dent qu'elle est large. Dans ce cas je considère comme une mauvaise pratique d'obturer entièrement avec l'or non cohésif, comme quelques-uns essayent de le faire ; il faut se servir de l'étain et de l'or, car alors le mélange devient parfaitement intime dès le début et se transforme à la fin en une masse dure et solide. Bien entendu les précautions ordinaires doivent être prises contre la survenance de changements thermiques. La méthode à suivre dans ces divers cas est la suivante (la fig. 8 représente une cavité convenable dans une biscupide inférieure) :



1. Une masse ou plusieurs masses sont tassées complètement contre la paroi cervicale au moyen d'un instrument montré par la fig. 10. (L'obturation achevée en partie est représentée sur une échelle agrandie par la fig. 9).

2. On place une masse plate toute droite contre la paroi labiale ou la paroi linguale et on la presse parfaitement contre celle-ci avec le côté d'un des fouloirs plats les plus larges et puis avec un des petits.

3. On traite la paroi opposée de la même manière en ayant soin de fouler l'étain et l'or contre celle-ci et, si possible, autour des bords de la cavité et de condenser parfaitement.

4. Une masse est poussée contre la paroi cervicale entre les masses latérales et totalement condensée.

5. Le reste de la cavité est obturé avec des masses plates placées droit et comprimées latéralement vers les parois comme aux n°s 2 et 3. Toutes les masses latérales atteignent l'orifice de la cavité et le dépassent même légèrement.

L'excédent est alors condensé avec des instruments convenables (fig. 10) et l'obturation brunie contre les bords.

Si l'obturation a été appuyée contre la dent voisine, une scie Kœber doit être passée au travers jusqu'à la gencive et suivie des brunissoirs courbés et aplatis. La portion formant la face triturante doit être fraisée avec une fraise ordinaire à finir et brunie fortement avec un brunissoir terminé en boule.

Pour finir le bord cervical, l'instrument à deux bouts analogue à un couteau fabriqué pour moi par M. Collins et MM. Ash est tout particulièrement utile.

Il n'y a pas d'inconvénient à employer la matrice dans ces cas, et même une matrice serrée et s'ajustant bien est d'ordinaire avantageuse. Celle que je préfère est la matrice de Ladmore Brunton, tenue fermement par le petit clamp à vis du modèle primitif et non par les larges clamps à vis écartés qui étaient comme un perfectionnement. A ce propos, quand on tasse contre la paroi cervicale, la matière obturatrice doit être foulée d'abord contre le bord cervical, c'est-à-dire contre la matrice et dans les angles éloignés, autrement ces points écartés pourraient n'être pas complètement obturés.

(*The Dental Record.*)

LA DENTITION PRIMITIVE DANS SES RAPPORTS AVEC LE RACHITISME

Par MM. Georges Carpenter et R. Denison-Pedley

Les auteurs font allusion à la croyance répandue que les dents temporaires sont matériellement affectées chez les enfants rachitiques et citent une demi-douzaine de passages de livres traitant de cette affection. On semble convenir généralement que l'émail est défectueux et que, si la phase active du rachitisme devient manifeste à une période prématurée, les modifications peuvent survenir de trois manières : 1° les dents ont une éruption tardive ; 2° elles ne se montrent pas dans leur ordre régulier ; 3° elles se carient de bonne heure et tombent souvent de même. Les auteurs, dans leur pratique à l'hôpital Evelina, ont eu des raisons de douter de l'exactitude de cette opinion dans son intégrité et, afin de les soumettre à un examen approfondi, ils se sont livrés à des observations plus soigneuses et

plus étendues sur la question. Dans ce but, ils ont examiné la bouche de 500 enfants nettement rachitiques et leurs résultats ne confirment pas les idées adoptées sur la matière. Brièvement résumés, ces résultats sont les suivants : A. Dans la grande majorité des cas, les dents sont d'une structure parfaite. Pas de défaut dans l'émail. Les dents ne deviennent pas chancelantes et ne tombent pas vite. Pas de disposition particulière à la carie. — B. Dans les rares cas où les dents sont défectueuses, on a obtenu des indications de syphilis héréditaire. — C. La dentition est retardée sans conteste.

Le résultat obtenu sous cette dernière rubrique concorde tout à fait avec ceux des auteurs cités et avec l'opinion prédominante, mais, à d'autres égards, il en diffère considérablement. Quant aux phases de développement des dents et à la possibilité du rachitisme commençant pendant la vie intra-utérine, l'opinion émise est qu'un grand nombre des enfants pauvres de Londres suivant le traitement de la clinique doivent être légèrement rachitiques pendant la formation de l'émail. Acceptant les grains des côtes comme un signe de diagnostic, il s'ensuivrait que si le rachitisme est un facteur aussi puissant que le disent les livres, quelque altération dentaire dans la forme de l'émail escharé aurait été découverte dans un nombre considérable de ces cas, tandis que c'est le contraire qui résulte des recherches des auteurs. Ils ont étudié surabondamment l'éruption des dents chez des enfants nettement rachitiques qui venaient à la clinique pendant des semaines et ils ne découvrirent pas d'émail marqué de creux ou défectueux ; bien au contraire, il semblait parfait.

Quoiqu'on ne regarde pas le rachitisme comme une manifestation syphilitique, la cachexie syphilitique, quand elle existe, est un agent très puissant pour la production du rachitisme et, chez un grand nombre d'enfants rachitiques, des antécédents syphilitiques peuvent être découverts si l'on s'en enquiert. Pour cette raison, les auteurs n'attachent conséquemment pas à la rubrique B l'importance qu'ils auraient pu y attacher. Ils prétendent cependant qu'il n'est pas prouvé que le rachitisme soit responsable de tous les troubles dentaires qu'on lui impute, que la concomitance du rachitisme et des dents cariées, en tant que cause et effet, n'est qu'une supposition et que la carie ne se produit pas chez les enfants rachitiques au degré que les livres mentionnent. Ce qu'il faut, ce sont des observations plus étendues et plus définies sur ce point intéressant et non des affirmations paraphrasant celles des livres de médecine sous une forme différente, des observations qui demeurent incontestables et soient acceptées comme des vérités.

(*Lancet* et *British Journal of Dental Science*).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Par décision du ministre de l'intérieur, en date du 25 juillet, M. Touchard, secrétaire de la rédaction de l'*Odontologie,* est chargé d'une mission en Angleterre, ayant pour objet l'étude de l'organisation de l'enseignement dentaire dans ce pays.

Cette mission, en raison de l'intérêt qu'elle présente, est placée sous le patronage officiel du ministère de l'intérieur. Des lettres de recommandation, émanant du ministre des affaires étrangères, faciliteront à M. Touchard l'accomplissement de son voyage d'études et l'accréditeront auprès des agents diplomatiques ou consulaires de la France dans les diverses villes où il se rendra.

Le caractère significatif de cette importante décision n'échappera à personne : c'est la première fois qu'un représentant de l'Ecole dentaire de Paris est chargé d'une mission officielle. Après la reconnaissance d'utilité publique, c'est là une nouvelle faveur gouvernementale dont on ne saurait trop apprécier le prix, un nouvel honneur pour l'Ecole et une récompense des efforts et de l'attitude de ceux qui sont chargés de l'administrer et de la diriger actuellement.

MARTINIER.

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

ANNÉE SCOLAIRE 1891-1892

Session de juillet 1891

Examen de fin de 1re année

Etudiants ayant subi avec succès l'examen de fin de 1re année admis à suivre les cours de 2e année.

Points : maximum, 78 ; minimum, 40

Mlles	Bovolin	70 3/4	MM.	Decombe	57 3/4
	Duvignau	69 1/2		Nicolaïdes	56 1/4
	Felgines	67 1/2		Lemarchand	55 1/4
MM.	Jaspar	66 1/2		Frankel	55 1/4
	Blumenfeld	65 1/2	Mme	Gelma	54 3/4
	Daclin	63 1/4	MM.	Antoine	52 1/2
	Rigolet	62 1/2		Lebled	50
Mlles	Vergne	60 1/2		Vidal	44 3/4
	Burau	59 3/4		Bernstein	44 1/2
M.	Dubourg	58 1/2		Cottance	44 1/4

Total... 20.

Examen de 2e année

Etudiants ayant subi avec succès l'examen de 2e année admis à suivre les cours de 3e année.

Points : maximum, 102 ; minimum, 60

MM.	Robin	90 1/4	Mlle	Moscowitchs	73 3/4
	Houdoux	90	M.	Vergel	73 1/2
Mlle	Eloy	88 1/2	Mme	Monnet	73
MM.	Charpentier	88 1/2	MM.	Tireeu	71 1/2
	Germain	87 1/2		Schwabsky	70 3/4
	Devoucoux	81 3/4		Bassot	70 1/4
	Picot	79 1/4	Mlles	Hamet	67 3/4
	de Rojas	79 1/4		Bouret	65 3/4
	Cherbétian	74 1/2	M.	Schittikoff	61 3/4
	Bouvry	74		Total...	19.

Examen de fin de 3e année

Étudiants ayant subi avec succès l'examen général et admis au diplôme de l'École dentaire de Paris.

Points : maximum, 132 ; minimum, 88

M.	Jeay	116 3/4	MM.	Boulleret	98 3/4
Mlle	Berg	116		Dupas	98 1/2
Mme	Prussenar	114		Klein	97 1/2
MM.	Broussilowsky	111 3/4		Dyssli	97
	Hofzumahaus	107 3/4		Hess	96 1/4
Mme	Masson	107 3/4		Ribard	93 3/4
MM.	Legros	102 1/2		Merlin	92
	Contard	101 1/4		Francq	91 1/2
	Hirschberg	99 1/4		Rasumny	89 3/4
	Paulet	99		Total...	19.

Total général..... 58.

CONCOURS

POUR TROIS PLACES DE PROFESSEURS SUPPLÉANTS DE CLINIQUE ET TROIS PLACES DE PROFESSEURS SUPPLÉANTS DE DENTISTERIE OPÉRATOIRE

Art. 1er. — Le Conseil de Direction décide l'ouverture d'un concours pour la nomination de trois professeurs suppléants de clinique et trois professeurs suppléants de dentisterie opératoire.

Art 2 — Ce concours aura lieu le second dimanche d'octobre.

JURY

Art. 3. — Un jury spécial sera nommé pour chaque groupe. Ce jury se composera de cinq membres : le Directeur de l'Ecole, un membre du Conseil de direction et trois professeurs (1 professeur

docteur, 1 professeur de clinique et 1 professeur de dentisterie). Ces membres sont tirés au sort.

ÉPREUVES

Art. 4. — Le concours se compose :

I. Pour les candidats au poste de professeur suppléant de clinique :

1° D'une épreuve écrite sur un sujet tiré au sort dans une série de huit questions portées à la connaissance des candidats huit jours à l'avance. Trois heures sont accordées pour ce travail qui devra être fait sans s'aider de livres ou de notes.

Ces compositions seront lues en présence du jury.

2° D'épreuves cliniques comprenant une leçon orale et une épreuve pratique.

a) Une leçon orale sur deux malades : le candidat aura une demi-heure pour faire l'examen des malades en présence d'un membre du jury, et une demi-heure pour exposer les résultats de son examen (diagnostic, étiologie, marche, pronostic et indications thérapeutiques).

b) Une épreuve pratique comprenant l'exécution sur le malade de deux opérations indiquées par le jury et pouvant se faire séance tenante.

3° D'un cours fait *oralement* pendant trois quarts d'heure sur un sujet donné par le jury. Le candidat aura trois jours pour la préparation de ce cours et pourra, en le faisant devant le jury, s'aider de livres ou notes.

II. Pour les candidats au poste de professeur suppléant de dentisterie opératoire.

1° D'une *épreuve écrite* sur un sujet de pathologie dentaire tiré au sort dans une série de huit questions portées à la connaissance des candidats huit jours à l'avance. Trois heures seront accordées pour ce travail, qui devra être fait sans s'aider de livres ou de notes.

Ces compositions seront lues devant le jury.

2° D'*épreuves cliniques* comprenant :

a) Une leçon orale sur un malade. Le candidat aura un quart d'heure pour faire l'examen du malade en présence d'un membre du jury, et une demi-heure pour exposer les résultats de son examen (diagnostic, étiologie, marche, pronostic, indications thérapeutiques).

b) L'exécution sur le malade d'une opération indiquée par le jury.

3° D'*épreuves pratiques* comprenant :

a) Une aurification à l'or adhésif.

b) Une aurification à l'or non adhésif.

c) Une opération dans les conditions fixées par le jury.

CLASSEMENT

Art. 5. — Le classement des candidats sera établi par le nombre de points obtenus dont le maximum est de :

Pour la clinique		Pour la dentisterie	
Titres des candidats.....	30	Titres................	30
Composition écrite......	30	Composition écrite......	20
Épreuves cliniques a)..	20	Épreuves cliniques a)..	10
Épreuves cliniques b)..	20	Épreuves cliniques b)..	10
		Épreuves pratiques a)..	25
Cours................	40	Épreuves pratiques b)..	25
		Épreuves pratiques c)..	20
	140		140

Un maximum de 94 points est exigé pour l'admissibilité du candidat. L'obtention de ce minimum n'entraîne pas de droit l'admission.

A la fin de chaque séance, le jury annoncera le nombre de points obtenus par le candidat.

TITRES DES CANDIDATS

Art. 6. — Le jury tiendra compte des titres des candidats dans les conditions suivantes :

Diplômé d'une école dentaire française ou étrangère, gradés en médecine ou en pharmacie de Facultés françaises ou étrangères, gradés en sciences.

Démonstrateur d'une école dentaire française ou étrangère, durée de la fonction.

Chef de clinique d'une école dentaire française ou étrangère, durée de la fonction.

Professeur suppléant d'une école dentaire française ou étrangère, durée de la fonction.

Travaux scientifiques.

Les points attribués aux candidats pour leur titre devront être fixés dès le début de l'examen, avant la première épreuve.

NOMINATION

Art. 7. — La nomination sera décidée et proclamée par le Conseil de Direction de l'Ecole, qui se prononcera d'après les rapports adressés par le jury du concours.

CONDITIONS

Art. 8. — Etre âgé de 30 ans au moins.

Avoir obtenu depuis au moins trois ans le diplôme dentaire.

Etre français et jouir de ses droits civils et politiques.

N'avoir subi aucune peine disciplinaire sévère dans une école ou établissement similaire.

Avoir fait acte de candidature huit jours au moins avant l'ouverture du concours par une demande écrite, contenant l'énumération des titres et qualités du candidat ainsi que l'engagement de satisfaire aux obligations inhérentes au poste faisant l'objet du concours.

Cette demande devra être accompagnée de toutes les pièces justificatives. Le jury est seul juge de ces conditions et devra procéder à l'examen du dossier de chaque candidat avant toute autre opération.

FONCTIONS

Art. 9. — Les professeurs suppléants remplacent les professeurs titulaires en cas d'absence ; ils peuvent être appelés à exercer concurremment avec eux et sous leur direction si les besoins du service l'exigent.

Ils doivent être à la disposition de l'Ecole, pendant une durée de cinq années à partir de leur admission et deux jours par semaine.

Lorsqu'un professeur suppléant remplace un professeur titulaire pendant plus d'un mois, il touche l'indemnité allouée à ce dernier.

Lorsqu'un poste de professeur titulaire devient vacant, le Conseil de direction indique pour l'occuper un des professeurs suppléants, à la suite d'un concours sur titres.

Un professeur suppléant chargé de cours ne pourra, même transitoirement, prendre le titre de professeur titulaire que s'il possède au moins cinq ans de grade, sinon il conserve le titre de professeur suppléant chargé du cours jusqu'à ce qu'il remplisse les conditions exigées par le présent règlement.

Toutes les épreuves du concours sont publiques, cependant les élèves en cours d'études ne seront pas admis à y assister.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

Assemblée générale extraordinaire du mardi 31 *mai* 1892.

Présidence de M. Lecaudey, président, puis de M. Lemerle, vice-président.

La séance est ouverte à 9 heures et demie.

45 membres sont présents.

M. Lecaudey. — La parole est à M. le secrétaire général pour la lecture du procès-verbal.

M. Tusseau. — J'ai à vous lire le procès-verbal de la dernière assemblée générale ; comme il est très long et a été publié au journal, je demanderai à M. le Président de consulter l'assemblée sur la question de savoir s'il faut procéder à cette lecture.

M. Lecaudey. — L'assemblée désire-t-elle qu'on lise le procès-verbal ?

L'assemblée, consultée, se prononce pour la négative.

M. Lecaudey. — Je le mets aux voix.

Le procès-verbal est adopté.

M. Tusseau donne lecture de la correspondance, qui comprend une lettre d'excuses de M. Gravollet.

Il ajoute : « Avant d'aborder l'ordre du jour, je dois vous donner communication d'une protestation qui nous est adressée et qui est ainsi conçue. » (Il la lit.)

M. Tusseau. — Nous recevons à l'instant la lettre suivante de M. Godon. (Il la lit.)

M. Lecaudey. — La parole est à M. Gillard pour la lecture de son rapport sur la gestion financière de l'Ecole depuis sa fondation.

M. Gillard donne lecture de ce document.

M. Papot. — J'ai pris connaissance hier matin du rapport de M. Gillard et je crois de mon devoir, comme ancien secrétaire de la commission des finances, de vous donner les explications suivantes :

Depuis longtemps déjà, M. Godon avait la préoccupation de la vérification de la comptabilité, et sur sa demande, au commencement de l'année 1882, le Conseil de direction votait un crédit (500 fr. je crois) et nommait une commission, laquelle se mit de suite à l'œuvre en décidant de faire elle-même le travail, de façon à éviter la dépense.

Ne marchandant ni leur temps, ni leurs peines, les membres de la commission (parmi lesquels nous comptions MM. Tusseau et Pigis), procédèrent à de minutieux pointages et eurent la conviction que si les écritures avaient été mal tenues par différents employés, la caisse au moins, tenue scrupuleusement, sinon méthodiquement, par M. Ronnet, était à l'abri de tout soupçon.

Cette vérification fut l'objet d'un rapport, porté sur un registre spécial et signé par tous les membres de la commission. Plusieurs d'entre eux font encore partie du Conseil ; on est donc en droit de s'étonner qu'ils ne sachent pas mieux ce qui s'est fait à cette époque.

Il est faux qu'aucun compte n'ait été fait au moment de la retraite de M. Jourd'heuil, puisque, sur la page de garde du livre journal de cette époque, le compte arrêté par un expert comptable y figure, que de plus ce compte est mentionné dans le rapport soumis au Conseil de direction le 20 décembre 1887.

L'ancienne commission a reconnu un certain nombre d'erreurs de passages d'écritures dont aucune ne modifiait le solde en caisse ; elle a, année par année, rétabli les vrais chiffres, portés sur un livre *ad hoc*, et le secrétaire de cette commission, en remettant ce livre, a également remis une liasse de papiers qui lui avaient servi à établir les comptes définitifs.

Il est donc faux que vous n'ayez eu aucun renseignement ; si vous aviez consulté ces papiers, vous auriez eu les explications qui vous manquent; en tous cas, comme secrétaire de l'ancienne commission, j'aurais pu vous éclairer si vous aviez tenu à l'être. Pourquoi ne m'avez-vous rien demandé ?

La conclusion loyale de ces regrettables insinuations est celle-ci :

Nous sommes en assemblée générale. Nommez une commission composée de membres pris dans le Conseil et en dehors du Conseil, joignez-y les experts comptables que vous voudrez et je me fais fort, devant cette commission, de vous donner tous les éclaircissements nécessaires, et de réduire à néant le rapport de M. Gillard.

Ce rapport, vous me permettrez de vous le dire, est une *mauvaise action.*

M. Gillard. — J'ai été très poli dans mon rapport et je regrette que les observations de M. Papot n'aient pas la même teinte. Il prétend qu'au moment où les comptes de M. Jourd'heuil ont été arrêtés la situation était à jour. Or les additions elles-mêmes n'ont été faites que jusqu'au 31 mars 1884. Le registre est là et tout le monde peut le consulter; les additions n'ont été faites que récemment par la commission, à l'encre rouge. Quant aux comptes dont parle la lettre de M. Godon, ils n'existent pas.

M. Chauvin. — Je me permettrai de m'étonner que des livres à souches que tous le monde a vus ici n'existent pas.

M. Viau. — Nous voulons parler du livre sur lequel M. Godon inscrivait en détail les versements qu'il faisait en bloc.

M. Chauvin. — Je voudrais aussi avoir l'opinion de M. Tusseau, qui a fait autrefois partie de la commission de revision des comptes ; celle-ci

a tout pointé, les erreurs de passages d'écritures ont été reconnues et le travail a duré plus d'un mois.

M. Tusseau. — A diverses époques, le Conseil de direction a nommé des commissions pour vérifier les comptes du trésorier. Comme ces comptes étaient embrouillés, on vota un crédit de 300 fr. pour l'adjonction d'un expert qu'on ne prit point. Tout a été revu et trouvé en parfait état. Mais je m'empresse d'ajouter que nous ne sommes pas compétents.

A la suite du changement de Conseil de direction, ces comptes ont été examinés de nouveau, cette fois avec un expert, et ils n'ont pas été trouvés en ordre.

M. Chauvin. — Dans la vérification à laquelle vous avez procédé avec nous, avez-vous vu des lacunes ?

M. Tusseau. — Non.

M. Chauvin. — Il est question de livres de caisse, et le rapport de M. Gillard laisse planer des soupçons sur l'honorabilité de ceux qui les tenaient. Je désire donc que M. Tusseau réponde catégoriquement.

M. Viau. — On a signalé dans les livres de caisse des pages où les additions n'étaient pas faites.

M. Papot. — C'est que vous n'avez pas su les trouver.

M. Lowenthal. — Quand on a demandé des indications à M. Ronnet et à M. Papot, ils se sont toujours récusés.

M. Papot. — J'en appelle à M. Viau pour démentir M. Lôwenthal.

M. Viau. — Quand la commission des finances vous a écrit, vous avez répondu que vous n'aviez pas le temps.

M. Chauvin. – Le principal intéressé c'est M. Ronnet ; or la commission des finances lui a donné décharge.

M. Dubois. — Je crois que M. Papot a signalé un fait exact et précis. Il a été publié au journal un rapport de la commission des finances donnant quittance des anciens comptes de l'Association ; pourquoi ne le mentionnez-vous pas ? D'un autre côté, pourquoi, si vous estimez que ce sont de simples erreurs d'écritures, comme en peuvent commettre des hommes honnêtes, mais qui ne sont pas habitués à la comptabilité, pourquoi, si vraiment vous ne voulez pas appeler les gens voleurs et les traîner devant les tribunaux, pourquoi agissez-vous ainsi et remontez-vous à des comptes de 1880 ? Quand des membres de l'Association ont mis leur signature au bas d'un compte, il est étonnant qu'on vienne soulever des querelles de cette nature. Si vous voulez faire un exposé de la situation financière de l'Ecole le jour où vous en prenez la gestion, vous n'avez pas besoin de relever les comptes de cette époque si éloignée ; indiquez les dettes, indiquez la somme avec laquelle vous commencez et dites : « Nous demandons, pour que notre gestion ne soit pas incriminée, que la situation actuelle soit connue. »

Dans le rapport de M. Gillard, je ne vois pas autre chose que des attaques rétrospectives contre M. Jourd'heuil, M. Godon et M. Ronnet. Croyez-vous peut-être avoir fait une bonne action quand vous laissez partir un homme qui a rempli pendant de longues années des fonctions toutes de dévouement, quand vous le forcez à vous répondre par du papier timbré ? Il faudrait un peu songer à l'avenir avant de semer l'un après l'autre sur votre route tous les vieux serviteurs de l'Ecole.

Si vraiment vous ne voulez pas appeler M. Ronnet en correctionnelle, je ne comprends pas votre manière de faire, et du moment que vous étiez en face d'un honnête homme, vous aviez le devoir de vous taire. Lui, du moins, n'a pas craint d'accepter toutes les responsabilités pendant longtemps tandis que vous, monsieur Gillard, vous les avez toujours

fuies. Oui, vous êtes sorti du Conseil de direction parce que vous ne vouliez pas assumer les charges que nous acceptions tous!

M. Gillard. — On me reproche d'être remonté dans mon rapport jusque dans la nuit des temps. La raison en est qu'il reste dû à l'Ecole près de 36.000 francs de souscriptions et d'inscriptions dont nous espérons bien tirer quelque chose.

On dit aussi que je m'élève contre l'ancien trésorier ; mais il n'est pas question, dans le rapport, d'un trésorier plutôt que d'un autre.

Quant au fait personnel qu'on a soulevé, je n'y répondrai pas.

M. Viau. — M. Dubois s'en tire avec de grands effets oratoires : c'est un talent que je ne possède pas, mais qui n'est pas nécessaire pour rétablir les choses comme elles se sont passées. A la dernière séance de l'ancien Conseil de direction, M. Ronnet ne se contentait pas d'attaquer les actes d'administration, mais il prétendait déjà que nous allions dilapider les deniers futurs. Il n'a pas cru devoir accepter le budget que nous avions établi pourtant avec ses chiffres et se réservait de faire ses critiques à l'assemblée générale.

M. Touchard. — Nous n'avions pas l'intention de critiquer les actes du Conseil de direction d'autrefois, mais il est bon de se souvenir du dédain avec lequel nous étions traités par les anciens membres de ce Conseil. Il semblerait qu'eux seuls sont la vertu et que nous, nous ne sommes rien. Vous n'avez pas oublié non plus cette circulaire lancée la veille des dernières élections générales. Fallait-il rester sourd à ces attaques ? Nous avons fait appeler M. Ronnet, nous avons désigné des experts ; M. Ronnet n'a pas répondu à notre convocation.

Jamais personne n'a songé à suspecter l'honorabilité de M. Ronnet, on l'a déclaré depuis longtemps .

M. Chauvin. — Je suis heureux qu'on constate que les attaques contre M. Ronnet sont le résultat de rancunes amassées depuis longtemps. Vous êtes remontés à l'époque où il était trésorier parce que son attitude n'a pas plu à tout le monde. Ce n'est pas une vérification de comptes que vous avez faite, c'est un tissu d'attaques que vous avez tramé ; votre rapport est faux et nous demandons à vérifier de nouveau avec des experts.

M. Gillard. — Je relève encore l'expression de *faux* que M. Chauvin veut bien m'adresser et je me contente de répéter que les registres sont à la disposition de tous. Il me semble que tout à l'heure vous avez proposé de nommer une commission mixte ; eh bien, je crois qu'elle n'ira pas à l'encontre de ce que je dis.

M. Papot. — Je n'ai pas les faits bien présents à ma mémoire, mais M. Ronnet avait l'habitude de porter sur son livre de caisse les sommes qu'il recevait et de déposer à la Société générale ce qu'il touchait et qui ne figurait pas sur son livre de caisse. Je lui en fis l'observation et depuis lors il a procédé différemment.

M. Lemerle. — M. Ronnet a-t-il eu réellement tort ou raison de ne pas venir à la commission ?

M. Papot. — M. Ronnet n'avait pas vérifié ses livres et n'aurait pas pu vous donner d'explications, tandis que nous, commission, nous l'aurions pu.

M. Tusseau. — On paraît rendre la commission des finances responsable ; or elle a appelé M. Ronnet et a pointé avec lui. Au moment de l'assemblée générale, on a de nouveau mandé M. Ronnet pour fournir des renseignements et, cette fois, il n'est pas venu : la commission des finances se trouve donc dégagée. Mais on a trouvé des différences tellement grandes que nous nous sommes demandé si nous n'avions pas commis d'erreurs ; seulement jamais il n'est entré dans l'esprit de qui

que ce soit de suspecter la bonne foi de M. Ronnet. Il y a eu des erreurs, des omissions, des passages d'écritures, tout ce que vous voudrez, mais voilà tout. J'ai fait partie de la nouvelle commission et j'ai été frappé de ces faits. La commission a donc adressé une lettre très courtoise à M. Ronnet pour le mander, mais il n'a pas cru devoir venir. Si l'on pense qu'il y a des erreurs actuellement, qu'on nomme une commission mixte ; quant à nous, commission des finances, nous ne trouvons pas les documents dont vous parlez.

M. Chauvin. — Toutes les pièces sont ici.

M. Viau. — Comment le savez-vous? Par hasard.

M. Chauvin. — Non, je l'ai constaté en faisant des vérifications.

M. Papot. — Je demande une commission mixte devant laquelle je prouverai que les comptes sont exacts.

M. Viau. — Il est indigne de notre part d'accepter la proposition de M. Papot.

M. Dubois. — M. Touchard nous a dit qu'il n'est pas financier, mais il n'a pas défendu le rapport de M. Gillard et M. Gillard l'a peu défendu lui-même. M. Papot vous a dit qu'il y avait eu un rapport publié au journal ; pourquoi ne le mentionnez-vous pas ? En avez-vous eu connaissance ?

M. Viau. — Oui.

M. Dubois. — Il y a quelque chose de plus important dans ce débat, c'est l'avenir de l'Association. On incrimine le *factum* publié lors des élections générales. Que disait donc ce *factum* ? (Il en lit divers passasages). Puisqu'il y a 89 élèves au lieu de 107 — le nombre a été fourni par M. Viau au Conseil de direction — est-ce qu'il ne s'ensuit pas que les recettes sont moins favorables quand on touche les droits de 20 inscriptions de moins ? Que dit de plus ce *factum* ? (Il lit de nouveau). Est-ce que ce n'est pas la constatation d'un fait? Eh bien, vous avez créé un milieu où des choses semblables ne se reproduiront plus.

Les dépenses, y est-il dit, ont augmenté d'au moins 3000 francs ; c'est encore là un fait. Le reliquat des dettes de l'ancienne administration ? Mais ce ne sont pas des dettes. Je n'ai pas combattu en principe ces dépenses. Pour nous, si nous avions à dépenser beaucoup, nous le faisions sans gaspillage parce qu'il faut songer aux vaches maigres.

Si M. Touchard n'a pas discuté au point de vue financier, M. Viau, lui, est un financier émérite. Or il nous a dit que la clef de cette campagne était le haussement d'épaules de M. Ronnet. Vous auriez bien pu cependant, une fois arrivés au pouvoir, comme le roi de France, oublier les injures du duc d'Orléans. Que voulez-vous, l'estime ne s'impose pas et vous ne faites rien pour la conquérir !

M. Touchard. — M. Chauvin, qui est un brave, vient dire : « Si M. Touchard combat M. Ronnet c'est que celui-ci lui déplaît ». Je souhaite que M. Chauvin mette autant de magnanimité dans sa conduite que M. Touchard.

M. Dubois, qui parle d'or, vient de vous faire un tableau singulier de la situation financière. Or ces messieurs étaient comme nous au Conseil et ils ont voté les dépenses, tout comme nous.

Quant aux souscriptions, on avait une singulière manière de les faire : on les promettait et on ne les payait pas. M. Chauvin en sait quelque chose.

M. Chauvin. — Jamais mon compte personnel n'a été complètement réglé. J'ai fait des fournitures de gutta et il y a eu peut-être des passages d'écritures ; j'ignore à combien il s'élève. Mais vous allez voir ce que valent les allégations de M. Touchard. J'ai eu des élèves à l'Ecole pour lesquels j'ai payé des inscriptions, ma femme et moi-même nous

avons été élèves, enfin nous avons eu des souscriptions. J'ai eu une facture de 250 fr. Mon compte total doit se monter à 2500 ou 3000 fr.

M. Papot. — Je demande la nomination d'une commission à laquelle je fournirai toutes les explications nécessaires.

M. Löwenthal. Ce serait incriminer le rapport de M. Gillard.

M. Francis Jean. — Je demande le rejet de la proposition de M. Papot.

M. Bonnard. — Nous ne devons pas prendre cette proposition en considération. Si M. Ronnet ne pouvait pas venir, il avait des lieutenants qui l'auraient suppléé. Le fait de M. Chauvin n'a été cité que pour prouver que les comptes n'étaient pas réguliers.

M. Gillard. — Je maintiens mon rapport et je demande qu'on le mette aux voix.

M. Papot. — M. Gillard signale des erreurs qu'on peut expliquer et, si vous vous y refusez, c'est un déni de justice.

M. Tusseau. — En vertu de quel droit demandez-vous à donner des explications à la place de M. Ronnet ?

M. Lecaudey. — Je mets aux voix la proposition de M. Papot.

16 voix se prononcent pour, 24 contre.

La proposition est repoussée.

M. Mouton. — Comme conséquence de la discussion qui vient d'avoir lieu je dépose l'ordre du jour suivant :

« Les membres de l'Association générale des dentistes de France, dans l'assemblée du 31 mai, se déclarent satisfaits du rapport dont la commission des finances leur a donné connaissance et l'approuvent entièrement. »

Cet ordre du jour est mis aux voix et adopté.

M. Lecaudey. — L'ordre du jour porte la lecture du rapport de M. Tusseau sur la situation faite à l'Ecole par la reconnaissance d'utilité publique. La parole est à M. Tusseau.

M. Lemerle remplace M. Lecaudey à la présidence.

M. Tusseau. — Nous profitons de cette assemblée générale pour vous exposer les grandes lignes de la division de nos groupes par suite de la reconnaissance d'utilité publique. Je vais donc vous donner lecture du rapport que le Conseil de direction m'a chargé de vous présenter en son nom. (Il lit ce document inséré dans le numéro de juin.)

M. Lemerle. — La loi nous impose l'obligation de diviser notre groupement en deux : l'Association d'une part, la Société civile de l'autre.

M. Tusseau. — Pour que les deux sections aient de l'attrait, le Conseil a jugé utile de les constituer de façon à ce qu'elles soient intéressantes l'une et l'autre. La situation reste d'ailleurs la même pour ceux qui sont membres des deux Sociétés à la fois.

M. Francis Jean. — Il est tout indiqué que la Société d'Odontologie soit jointe à l'Ecole.

M. Lemerle. — Je mets aux voix la division telle qu'est vous est proposée.

La division est adoptée à l'unanimité.

M. Lemerle. — Il y aura deux Conseils de direction, mais ils pourront être composés des mêmes membres.

M. Tusseau. — C'est indispensable puisque pour l'une des Sociétés les membres titulaires habitant le département de la Seine peuvent seuls prendre part aux votes.

J'ajoute qu'il n'y a rien de changé pour l'Association.

Le rapport de M. Tusseau est mis aux voix et adopté.

La séance est levée à 11 heures un quart.

Le secrétaire général,
J. TUSSEAU.

LE TITRE DE DOCTEUR EN ALLEMAGNE

Un certain nombre de médecins-dentistes allemands (Zahnarzte) avaient l'habitude d'ajouter à leur titre, sur leurs enseignes ou leurs cartes, celui de *docteur*. Ce dernier n'indiquait pas le grade de *docteur en médecine*, qu'ils n'avaient pas obtenu, mais un degré académique distinct de leurs études médicales, celui de *docteur en philosophie*, par exemple, très répandu en Allemagne. Toutefois, comme il n'était suivi d'aucune mention de nature à en fixer le sens, on a vu dans cet usage un moyen de tromperie à l'égard du public, qui croit avoir affaire à un docteur en médecine. Plainte a donc été déposée, et les sections 132 et 133 du tribunal des échevins de Berlin ont vu comparaître devant elles environ *trente* médecins-dentistes de Berlin en mars dernier.

Les jugements ont quelque peu varié : tandis que quelques-uns acquittaient les prévenus, les autres prononçaient des condamnations variant depuis cinq marks d'amende à un jour d'emprisonnement. Il fut donc formé appel.

Le 17 juin, celui-ci vint devant la police correctionnelle, statuant en dernier ressort, pour trois des médecins-dentistes condamnés. Le tribunal les a acquittés tous les trois, déclarant que quiconque a obtenu d'un établissement d'enseignement qualifié pour cela le titre de docteur, en raison de ses connaissances littéraires ou scientifiques, le porte à bon droit. L'origine du titre, qu'il ait été conféré en Allemagne ou à l'étranger, demeure secondaire, pourvu que le grade ait été accordé à la suite d'études et d'examen. Une mention explicative du titre de docteur n'est pas prescrite par la loi pour les médecins approuvés dans l'Empire.

LA CHIRURGIE DENTAIRE DANS LA COLONIE DU CAP DE BONNE-ESPÉRANCE

Les dispositions suivantes ont été élaborées et adoptées par le Conseil médical colonial pour l'enregistrement des dentistes :

1° Toutes les qualifications, tous certificats, diplômes, degrés ou titres reconnus par le Conseil médical général du Royaume-Uni donneront aux porteurs le droit d'être enregistrés dentistes, conformément à l'art. 18 de la loi sur la médecine et la pharmacie de 1891.

2° Toute personne demandant à être autorisée et enregistrée comme dentiste, conformément à ladite loi sur la médecine et la pharmacie, en raison de ce qu'elle exerçait avant le 22 juillet 1878, devra produire le certificat du Conseil médical général sus mentionné, et si son nom ne se trouve pas sur la dernière liste des dentistes publiée *(Dentists' Register)* elle devra fournir des justifications suffisantes au Conseil.

3° Le porteur de tout diplôme de licencié en chirurgie dentaire,

accordé par une autorite médicale quelconque du Royaume-Uni, autorisée à en délivrer par la loi sur les dentistes de 1878, ne sera pas obligé de produire en même temps le certificat du Conseil médical général sus mentionné ; mais dans ce cas le Conseil médical colonial se réserve le droit de s'adresser au secrétaire de l'établissement qui aura délivré le diplôme pour s'assurer si le nom du possesseur est toujours sur le registre ou la liste de l'établissement dont la licence émane.

4° Tout postulant peut être appelé devant le Conseil médical colonial pour établir son identité ou prouver sa qualité.

5° Le secrétaire écrira de temps en temps et fera parvenir une lettre recommandée à toute personne enregistrée, à l'adresse portée sur la liste, pour savoir si elle a cessé de pratiquer ou changé d'adresse, et s'il ne parvient pas de réponse dans les six mois, son nom sera rayé de la liste.

6° Toute qualification pouvant être enregistrée conformément à la disposition 1r, et obtenue postérieurement à la première inscription, sera enregistrée moyennant payement d'un droit de cinq shillings.

7° Toutes affaires concernant la dentisterie qui se présenteront devant le Conseil médical colonial seront, dans tous les cas, soumises au membre dentaire du Conseil pour qu'il donne son avis.

(British Journal of Dental Science).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Moyen de combattre les vomissements. — II. Moyen de combattre les accidents de la narcose. — III. Le bleu de méthyle comme antinévralgique. — IV. Traitement des brûlures par l'acide borique. — V. Le camphoïde, succédané du collodion. — VI. Anesthésie dentaire. — VII. Antisepsie de la bouche. — VIII. Les propriétés anesthésiques de la cocaïne.

I. Moyen de combattre les vomissements

Pour combattre les vomissements après la narcose, M. Brinton recommande 4 ou 5 gouttes de chloroforme avec 2 ou 3 gouttes de vinaigre ou d'opium, 2 ou 3 fois par jour. Le moyen souverain consiste dans une injection de morphine de 0,01, immédiatement la narcose terminée. Avant le commencement de celle-ci, ses patients reçoivent du brandy et du whisky et une très petite dose de morphine sous la peau.

(*The Times et The Register.*)

II. Moyen de combattre les accidents de la narcose

Pour combattre les accidents dans la narcose au chloroforme, M. Barral emploie le nitrate d'amyle. L'élargissement des vaisseaux causé par l'absorption du narcotique doit s'opposer efficacement à l'anémie cérébrale, dans laquelle M. Barral fait consister le danger principal de cette narcose. L'aspiration du nitrate d'amyle lui-même ne doit jamais avoir de suites fâcheuses.

(*Allg. Mediz. Centr. Zeit.*)

III. Le bleu de méthyle comme antinévralgique

M. Brieger l'a essayé et a trouvé que, dans les névralgies du trijumeau, les migraines, les maux de tête purement nerveux, les rhumatismes musculaires et l'herpes zoster, il agit très efficacement contre les douleurs. Il l'emploie en capsules de 1 gr.

(*Deut. Med. Woch.*)

IV. Traitement des brulures par l'acide borique (Lardier)

De tous les traitements recommandés contre les brûlures, quel qu'en soit le degré, celui qui nous a donné les résultats les plus satisfaisants consiste dans l'emploi de l'acide borique pur.

Lorsque les tissus lésés ont été lavés avec une solution antiseptique, telle que la solution de sublimé au 1/2000, on les saupoudre largement d'acide borique, qu'on recouvre d'un pansement ouaté (coton hydrophile antiseptique). Sur le moment, les malades accusent une sensation de cuisson assez douloureuse, mais qui disparaît en moins d'une demi-heure. Le pansement est changé tous les deux jours. En moins de six jours, les brûlures les plus étendues sont cicatrisées.

(*Gazette des Hôpitaux de Toulouse.*)

V. Le camphoide, succédané du collodion (Martindale)

La solution de Rubini, préparée avec parties égales de camphre et d'alcool absolu, est un médicament très employé en Angleterre. Une partie de pyroxiline (coton-poudre) se dissout dans 40 parties de cette solution et donne un mélange qui, étendu sur la peau, se dessèche en quelques minutes et laisse un enduit transparent, élastique et résistant au lavage. Martindale propose de lui donner le nom de *camphoïde*.

En même temps ce produit dissout l'iodoforme dans la proportion de 1/10 et en dissimule l'odeur. Il peut aussi servir de véhicule à l'acide phénique, à l'acide salicylique, à la résorcine, à l'iode, à la chrysarobine et à l'ichthyol.

(*Pharmaceutical Journal.*)

VI. Anesthésique dentaire

Chloroforme	12 gr.
Teinture d'aconit	12 gr.
— de capsicum	4 gr.
— de pyrèthre	2 gr.
Essence de girofles	2 gr.
Camphre	2 gr.

Faire dissoudre le camphre dans le chloroforme, ajouter l'essence et finalement les teintures.

(*Southern Dental Journal*).

VII. Antisepsie de la bouche

Un grand nombre d'antiseptiques énergiques ont l'inconvénient d'attaquer les dents et ne doivent par conséquent pas être utilisés

pour l'antisepsie buccale. M. H. Dellevic, à la suite d'expériences nombreuses, recommande comme antiseptiques buccaux actifs et inoffensifs les solutions suivantes :

Sublimé à.........	1	pour	1500
Naphtol B à.......	1	—	1000
Thymol à.........	1	—	1000
Acide salicylique à	1	—	350
Saccharine à......	1	—	250
Acide benzoïque à	1	—	100

(*Bulletin médical*)

VIII. Les propriétés anesthésiques de la cocaine, par M. Bignon, de Lima

I. La cocaïne en solution franchement acide perd ses précieuses propriétés anesthésiques.

II. La propriété anesthésique n'est pas détruite dans les solutions acides, mais elle est à l'état latent.

III. Il suffit de neutraliser l'acide pour rendre à l'alcaloïde toute sa puissance anesthésique.

IV. Tous les acides minéraux ou organiques essayés masquent la propriété anesthésique.

V. L'intensité anesthésique atteint son maximum lorsque, tout l'acide étant neutralisé, la cocaïne alcaloïde est en suspension dans un liquide légèrement alcalin ; pour plus de commodité, j'appelle lait de cocaïne cette préparation.

VI. Le lait de cocaïne s'obtient en précipitant le chlorhydrate de cocaïne ou autre sel par un léger excès de carbonate de soude. Le bicarbonate n'agit pas d'une façon aussi efficace.

VII. Le lait de cocaïne agit anesthésiquement, d'une façon d'autant plus efficace qu'il a été obtenu avec des liqueurs plus concentrées, la quantité d'alcaloïde étant d'ailleurs la même dans les deux cas.

VIII. La plupart des sels de cocaïne, surtout les chlorhydrates cristallisés, qui sont obtenus au sein de liqueurs acides, gardent une quantité appréciable d'acide. Leurs solutions ne donnent donc pas toute la puissance anesthésique de l'alcaloïde employé. Une partie de la puissance anesthésique reste à l'état latent.

IX. La différence du pouvoir anesthésique peut varier du simple au double. Il existe des chlorhydrates parfaitement cristallisés, tellement acides qu'il est aussi facile d'obtenir les mêmes phénomènes avec 5 centigr. de ces sels neutralisés et ramenés à l'état de lait de cocaïne, qu'avec 10 centigr. du même sel, en simple solution dans l'eau.

X. Le premier soin de l'opérateur, quand il se sert d'une solution de sel de cocaïne, doit être de s'assurer de sa neutralité ; celle-ci ne peut être obtenue qu'aux dépens de la limpidité, d'une légère opalescence.

XI. C'est à la différence dans le degré d'acidité des solutions que j'attribue en grande partie les divergences sur les doses nécessaires pour l'anesthésie.

XII. Il serait à désirer qu'on essayât des injections sous-cutanées

de lait de cocaïne ; les essais faits sur les chiens m'ont paru encourageants. L'absorption dans le torrent circulatoire a paru atténuée et retardée. Cependant tous mes efforts pour localiser l'action ont échoué jusqu'à présent.

Tous les faits qui précèdent ont été vérifiés bien des fois sur moi-même. Je me suis servi, comme terrain d'expérimentation, de la muqueuse buccale. Toutes ces expériences peuvent facilement être répétées sans danger. On ne doit pas dépasser la dose de 5 centigr. d'alcaloïde dans chaque expérience et ne pas faire plus de deux essais dans la même journée, à 4 heures d'intervalle. Le contact doit durer de 4 à 5 minutes.

Je n'ai point trouvé d'avantage, sous le point de vue de l'anesthésie, à prolonger plus longtemps le contact de l'alcaloïde avec la muqueuse.

Si on laisse l'alcaloïde en contact 10 minutes, on n'obtient que les premiers symptômes d'excitation cérébrale et d'accélération du pouls.

La dose de 10 centigr. en lait produit, au bout de 4 minutes, une anesthésie telle que les mâchoires et la gorge semblent paralysées ; l'effet produit est assez pénible pour que je ne l'aie essayé que deux fois.

Cette dose paraît être celle qui est nécessaire pour les opérations chirurgicales.

La cocaïne absorbée au bout de cinq minutes n'est pas la moitié de celle qui a été introduite dans la bouche. Il en résulte que l'absorption d'environ 5 centigr. de cocaïne suffit pour produire les premiers phénomènes toxiques.

La durée de l'anesthésie m'a paru dépendre beaucoup plus de la durée du contact avec la muqueuse que de la dose de cocaïne. C'est la seule raison pour laquelle on peut prolonger la durée du contact jusqu'à 10 minutes ; on obtient alors une demi-heure d'anesthésie au lieu d'un quart d'heure.

Le lait de cocaïne doit être préparé extemporanément, c'est-à-dire au moment de s'en servir ; sans cette précaution, la cocaïne se précipite, se masse, et son action est bien moins efficace.

(*Bulletin de thérapeutique.*)

MISCELLANEA

I. Note sur les lésions présentées par des dents de sagesse dont l'éruption a été accompagnée d'accidents infectieux. — II. Du traitement des abcès chroniques du sinus maxillaire. — III. De l'anesthésie par le bromure d'éthyle. — IV. Applications à la physiologie normale et pathologique de la perte temporaire d'activité des tissus par la cocaïnisation locale.

I. — NOTE SUR LES LÉSIONS PRÉSENTÉES PAR DES DENTS DE SAGESSE DONT L'ÉRUPTION A ÉTÉ ACCOMPAGNÉE D'ACCIDENTS INFECTIEUX PAR LE Dr V. GALIPPE.

Dans le mémoire publié par moi en 1889, *Sur le rôle des agents infectieux dans la pathogénie des accidents de la dent de sagesse*, j'ai donné la

preuve de cette pathogénie, par l'analyse bactériologique et aussi par la thérapeutique. Depuis, j'ai eu fréquemment l'occasion d'appliquer cette thérapeutique étiogénique, tant dans ma clientèle privée qu'à l'hôpital, et le succès a toujours répondu à mon attente.

Dans la grande majorité des cas, lorsque l'intervention est suffisamment rapide, les accidents douloureux, la constriction des maxillaires disparaissent en vingt-quatre ou quarante-huit heures et lorsqu'il n'y a pas d'obstacle mécanique invincible, la dent peut achever son évolution, sans provoquer de nouveaux accidents.

Lorsque j'étais appelé trop tard et qu'il existait déjà soit un phlegmon, soit une fistule externe ouverte spontanément ou provoquée par le bistouri, avec contracture des masséters, j'ai pu opérer dans des conditions favorables en faisant tomber les accidents inflammatoires, uniquement par l'antisepsie. On peut affirmer maintenant qu'en mettant en usage la méthode thérapeutique que j'ai préconisée, on n'aura plus besoin d'opérer dans les conditions tellement défavorables que l'habileté de l'opérateur était en quelque sorte absolument annihilée, autant par la contracture des maxillaires que par l'impossibilité de se rendre un compte exact du champ opératoire. Tous ceux qui ont opéré dans ces conditions ont conservé un souvenir pénible de leurs efforts et de leur incertitude du succès. A l'avenir, je le répète, par l'emploi de l'antisepsie, ou l'on conjurera complètement les accidents provoqués par l'évolution de la dent de sagesse ou, si l'intervention est nécessaire, cette intervention se produira dans des conditions absolument favorables pour l'opérateur et pour l'opéré [1].

Non seulement l'origine infectieuse des accidents d'évolution est démontrée par la bactériologie et la clinique, mais cette preuve est encore fournie par l'anatomie pathologique.

En 1890, au congrès international de Berlin, au cours d'une commu-

---

1. Il est vraiment regrettable qu'un chirurgien aussi distingué que M. Reclus soit si peu au courant de la pathogénie des accidents provoqués par la dent de sagesse. Cela montre une fois de plus combien d'avantages présenterait une collaboration plus active et plus suivie entre les chirurgiens et les dentistes des hôpitaux. Si les opinions prêtées à M. Reclus par le *Progrès médical*, dans son numéro du 9 juillet 1892, page 29, ne sont pas l'expression exacte de sa pensée, nous le prions de vouloir bien nous excuser de le prendre ainsi à partie. Si, au contraire, le rédacteur du *Progrès médical* a fidèlement traduit la pensée de M. Reclus, il voudra bien nous permettre de lui adresser quelques observations.

Voici le passage que nous incriminons :

« M. Reclus. — Les causes mécaniques jouent un rôle très important lors d'accidents dus à la dent de sagesse, et, quand on a affaire aux lésions qu'elles provoquent, on les reconnaît facilement de celles qui sont dues à des infections microbiennes. Une preuve qu'il en est bien ainsi, *c'est que les accidents de dents de sagesse ne s'observent jamais au maxillaire supérieur, car là il y a toujours de la place pour la dent de sagesse*. M. Reclus pourrait citer des quantités d'observations à l'appui de cette opinion. »

Je ne partage pas l'opinion de M. Reclus sur l'importance qu'il attribue, dans la genèse des accidents produits par la dent de sagesse, aux obstacles mécaniques. Ces obstacles ne sont pour nous que des causes occasionnelles. C'est une question à discuter ! Mais dire, comme le fait M. Reclus, qu'il n'y a jamais d'accidents de dent de sagesse au maxillaire supérieur, c'est commettre une erreur matérielle. Ces accidents existent. On les observe fréquemment, bien que moins souvent qu'au maxillaire inférieur gauche, ils ont la même origine et la même marche qu'au maxillaire inférieur ; ils sont décrits et figurés dans nos traités classiques. L'argumentation de M. Reclus repose donc sur une erreur de fait qu'il sera le premier à reconnaître, s'il veut bien y réfléchir un instant et consulter les auteurs.

nication dans la section d'Odontologie et de Stomatologie, j'ai indiqué quelques-unes des lésions observées dans les dents de sagesse ayant provoqué des accidents. J'avais négligé depuis de publier mes observations dans leur ensemble. Je viens combler cette lacune.

D'une façon générale, on trouve dans les dents des lésions analogues à celles que produisent dans ces organes les maladies infectieuses telles que la carie ou la pyorrhée alvéolaire, altérations du cément, altérations de la pulpe, infection parasitaire plus ou moins prononcée.

I. Dans mon mémoire publié en 1889, j'ai rapporté l'observation d'un malade ayant succombé à des complications méningitiques, vraisemblablement provoquées par des accidents anciens de dent de sagesse.

L'examen microscopique de la dent de l'opéré dont je viens de parler tout à l'heure m'a permis de constater l'existence de lésions du cément, que nous trouvons plus accusées dans des exemples qui seront décrits ultérieurement. C'est, d'une manière générale, toujours le même processus : destruction par places du cément et de la dentine et comblement de ces pertes de substance par des néoformations cémentaires. Dans ce cas particulier, les lésions se rapprochaient moins du rebord gingival. En des points où le cément fibreux était parfaitement normal, on voyait des îlots très limités, constitués par des néoformations cémentaires osseuses produisant à ce niveau une petite saillie.

Le tissu osseux formant la barre [1] comprise entre les deux racines avait été également le siège de poussées inflammatoires destructives et néoformatives ; le ligament qui existait à ce niveau entre l'os et la barre avait été détruit. Cependant on en retrouvait des traces, d'une part, dans le cément hypertrophié et de l'autre dans le tissu osseux constituant la barre.

L'examen de la pulpe a fourni des résultats particulièrement intéressants : elle était envahie par des organismes d'un volume considérable, très nombreux, de forme ovoïde et ressemblant à des spores. Bien que la dent ait été plongée dans l'alcool immédiatement après l'extraction, ces organismes présentent des caractères si particuliers et différant si complètement par leur forme et par leur volume de ceux que nous avons déjà rencontrés dans des cas analogues, que nous nous contentons de signaler leur existence, sans autre interprétation. J'indiquerai seulement la particularité suivante : ces organismes présentent un noyau clair, ne se colorant pas par la méthode de Gram, et entouré par un protoplasma granuleux se colorant parfaitement par le même procédé. Ces organismes, que j'ai déjà rencontrés dans la salive, semblent se reproduire à la façon des levures, c'est-à-dire par bourgeonnement, ce qui explique qu'ils montrent à leur extrémité un organisme plus petit et une voie de développement.

Comme nous l'avons déjà observé, il y a dans la pulpe des points où les cellules odontoblastes, au lieu d'être disposées sur une couche unique peu épaisse, dans laquelle les noyaux sont à une même hauteur, forment une couche beaucoup plus épaisse dans laquelle les noyaux sont disposés sur plusieurs plans. Cette particularité ne paraît pas tenir à ce que les cellules elles-mêmes se trouvent sur des plans différents, mais il semble que cette disposition affecte seulement les noyaux et que les cellules sont plus allongées et plus étirées.

En quelques points, on trouve encore dans la couche des cellules odontoblastes, des espaces clairs autour desquels les cellules sont refoulées,

1. En raison de l'incurvation des racines, un fragment d'alvéole compris entre elles avait été extrait avec la dent.

comme s'il s'était produit à ce niveau un dépôt de substance transparente.

II. La dent dont il s'agit ci-après provient d'un jeune abbé qui, pendant une année, avait présenté des fistules multiples sur la joue gauche. Elles étaient provoquées par la troisième grosse molaire inférieure gauche. J'en fis l'extraction immédiatement. Comme l'infection de la région maxillaire était ancienne, les fistules ne se fermèrent pas immédiatement. C'est du, reste, ce qu'on observe fréquemment dans les cas analogues. La guérison ne s'ensuivit pas moins, d'une façon aussi complète que possible.

Sur des coupes de la dent, on constate qu'il y a de l'hypertrophie du cément, qui s'est évidemment produite par poussées successives. Des couches anciennes se sont résorbées par places, puis ont été remplacées par des couches plus récentes. En plusieurs points, la dentine est attaquée.

En somme, nous constatons les lésions de la cémentite raréfiante et néoformative. Il semble que la néoformation cémentaire se soit faite également dans l'intérieur du canal radiculaire.

Dans la cavité pulpaire, on constate que la couche des cellules odontoblastes présente par places des espaces clairs. Entre les espaces clairs, les odontoblastes restants sont comprimés et comme étirés. En d'autres points, ces espaces ou vacuoles sont très rapprochés les uns des autres, tout à fait en contact avec la dentine, si bien que celle-ci se trouve séparée de la pulpe à ce niveau et ne communique avec elle que par des ponts formés par des odontoblastes restés en place, mais qui se trouvent forcément comprimés et étirés. Il est enfin des points où la séparation est plus complète et tient vraisemblablement à ce que les vacuoles se sont réunies. L'interprétation du mode de formation de ces vacuoles est chose délicate et il est permis de se demander si elles sont le résultat des manipulations ou bien si elles témoignent d'une lésion pathologique, c'est-à-dire due à une irritation locale, provoquée par les parasites, soit encore à une sorte d'œdème consécutif à des oblitérations vasculaires.

Il y a des points où la couche des odontoblastes paraît normale, d'autres points où les odontoblastes sont plus nombreux et plus étroits. Les noyaux, au lieu d'être rangés sur une seule couche, sont disposés sur plusieurs et l'ensemble est plus épais qu'à l'état normal.

En effet, quand on examine des coupes colorées par la méthode de Gram, on constate l'existence de parasites siègeant les uns dans la pulpe même, au voisinage des vacuoles, les autres dans la lumière des vaisseaux probablement veineux, où ils ont été peut-être retenus par des coagulations *in situ*.

Dans les points où le ligament a été enlevé avec la dent, il est couvert et pénétré par les micro-organismes.

III. Sur des coupes pratiquées sur une troisième grosse molaire faisant éruption dans des conditions anormales et extraite, j'ai constaté les particularités suivantes :

Comme dans les dents précédemment observées, le cément est également hypertrophié. Dans le point où l'hypertrophie commence, le cément normal est séparé en deux couches, la plus interne restant en contact avec la dentine et la plus externe servant d'insertion au ligament. L'espace composé entre ces deux couches est comblé par du cément de nouvelle formation. Dans certains points où il n'existe pas d'hypertrophie, le cément a été détruit, la dentine mise à nu et entamée ; les encoches sont comblées par du cément de nouvelle formation. Bien que ce

processus réparateur se soit produit sur un plan plus interne que le cément normal, les faisceaux ligamenteux s'y insèrent néanmoins.

Entre les deux racines, dans le tissu cellulo-ligamenteux, on distingue des sortes de masses arrondies, se colorant par le picro-carmin, de la même façon que le cément et paraissant être de même nature, quoique représentant seulement des stratifications, mais point de cellules ostéoplastiques.

A la surface interne de la cavité pulpaire, on distingue des points où la dentine est très irrégulière, où elle paraît s'être déposée, sous forme de boules agglomérées entre elles et traversées par de rares fibres dentinaires.

On trouve, en outre, dans l'épaisseur de la pulpe, des masses arrondies plus ou moins volumineuses, se colorant de la même façon que la substance dentaire, mais ne présentant pas de fibres. On peut les considérer comme des néoformations de substance dentinaire, analogues à celles qui s'étaient formées à la surface de la dentine.

Dans les points où la pulpe a été conservée, on trouve une couche d'odontoblastes plus épaisse qu'à l'état normal et qui semble constituée par des cellules dont les noyaux sont sur des plans différents.

Sur un des côtés de la dent, on trouve une carie superficielle, mais sur des coupes colorées on peut constater que l'infection se poursuit très loin, jusqu'au voisinage de la pulpe. De plus, à ce niveau, le cément a été détruit; à la surface des parties voisines, ce tissu ayant persisté, on le trouve recouvert de colonies microbiennes et de quelques touffes de leptothrix, ce qui indique qu'en ce point il s'était fait un décollement de la gencive.

Il y a donc eu une inflammation intra-pulpaire et péridentaire, dont nous retrouvons les manifestations sous la forme de nouvelles formations cémentaires et dentinaires.

IV. Lorsque les accidents provoqués par la dent de sagesse ne sont pas de date ancienne, les lésions présentées par la dent sont moins profondes. J'ai eu, il y a quelques mois, l'occasion d'opérer un malade du service de M. G. Marchand. Lorsque je vis ce malade, il portait à la joue une ouverture, vers l'angle du maxillaire inférieur gauche, par laquelle s'écoulait du pus. Il s'était présenté à l'hôpital avec un phlegmon qu'on avait ouvert. On sait qu'en pareil cas les écoulements purulents sont interminables. Lorsque je fus appelé, le malade ne pouvait que difficilement écarter les maxillaires. J'instituai le traitement antiseptique que j'emploie invariablement chaque fois que je me trouve en présence d'accidents provoqués par la dent de sagesse. Quarante-huit heures après, le malade avait ouvrait assez largement la bouche pour permettre un examen complet, voire même une intervention. Néanmoins, je fis continuer les lavages antiseptiques. L'écoulement purulent diminua dans des proportions considérables, la fistule se ferma, mais se rouvrit quelques jours après. Dans ces conditions, je me décidai à enlever la dent. L'opération, comme toutes celles de ce genre, fut assez pénible, mais de courte durée. Le malade guérit rapidement et quitta l'hôpital.

Voici le résultat de l'examen de la dent extraite : on constate sur des coupes l'existence d'une hypertrophie considérable du cément, indiquant qu'il s'est fait en ce point un travail inflammatoire considérable. La pulpe est saine et ne présente aucune particularité digne d'être signalée.

Pour nous, il n'est pas douteux que si cette dent était restée plus longtemps dans le maxillaire, en contact avec les éléments infectieux, la pulpe aurait été atteinte à son tour par les accidents inflammatoires et envahie par les parasites. Ces recherches ont été faites sous la direction et avec les conseils de mon maître et ami, M. Malassez [1].

(Journal des Connaissances médicales.)

1. Travail du laboratoire de la Clinique d'accouchements.

II. — DU TRAITEMENT DES ABCÈS CHRONIQUES DU SINUS MAXILLAIRE

M. Cartez, de Paris, appelle l'attention sur certaines formes d'abcès du sinus maxillaire dont la guérison est des plus difficiles à obtenir, sans qu'on puisse trouver en apparence aucun symptôme capable d'expliquer ces suppurations interminables.

Malgré l'ouverture du sinus par la fosse canine, par l'alvéole, malgré les lavages antiseptiques les mieux faits, on voit persister l'écoulement purulent et fétide.

Dans ces conditions, il est indiqué d'arriver à une intervention chirurgicale plus complète : large ouverture du sinus par la fosse canine et modification de la cavité, suivant les lésions qu'on observe par le curetage des parois fait avec précaution.

L'auteur cite deux cas où la suppuration persistait depuis des années, en dépit de l'ouverture par l'alvéole, et dans lesquels il fut conduit, sur la demande expresse des malades, à intervenir plus complètement.

Après ouverture de l'abcès par la fosse canine, l'éclairage électrique du sinus lui montra, chez le premier malade, la muqueuse épaissie, bourgeonnante, ressemblant à une véritable membrane pyogénique, et chez le second, une cavité divisée en trois loges par des cloisons fibro-cartilagineuses avec fongosités ; ces loges ne communiquaient entre elles que par un pertuis étroit et n'étaient évidemment modifiées ni par les lavages ni par les injections antiseptiques.

(*Semaine médicale. Session annuelle de la société française d'otologie et de laryngologie.*)

III. — DE L'ANESTHÉSIE PAR LE BROMURE D'ÉTHYLE

M. Lubet-Barbon, de Paris, lit sur ce sujet, un travail dans lequel il démontre l'utilité de l'anesthésie au bromure d'éthyle dans les interventions rapides et douloureuses (végétations adénoïdes, queues de cornets, ablation de polypes de l'oreille, ablation du marteau). Si ce procédé a donné des résultats défectueux à quelques spécialistes, c'est qu'ils ont employé le bromure d'éthyle comme le chloroforme, c'est-à-dire en le versant goutte à goutte et en se préoccupant de laisser respirer en même temps au patient une certaine quantité d'air.

Pour obtenir l'anesthésie avec le bromure, il faut le verser sur le masque en abondance, en excès, de façon qu'après avoir imbibé la flanelle, il coule à côté. Dans ces cas, trois ou quatre inhalations suffisent pour amener une anesthésie.

M. Lubet-Barbon a anesthésié, par ce procédé, un grand nombre de malades, et il n'a pas eu d'accidents à déplorer. Quelques sujets ont présenté seulement de l'excitation, de l'exaltation, pendant quelques minutes après l'opération.

(*Ibidem.*)

IV. — APPLICATIONS A LA PHYSIOLOGIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE DE LA PERTE TEMPORAIRE D'ACTIVITÉ DES TISSUS PAR LA COCAINISATION LOCALE

M. François Franck. — Depuis plusieurs années, j'ai entrepris d'appliquer à l'analyse des fonctions des nerfs périphériques et à l'étude du cœur l'action suspendue localisée de la cocaïne, et j'ai obtenu les résultats suivants :

1. La cocaïnisation locale d'un nerf sensitif ou moteur équivaut à sa section, elle lui est même supérieure à beaucoup d'égards comme procédé

d'analyse, surtout en ce qu'elle ne supprime pas définitivement la conductibilité nerveuse et permet d'assister à la restitution des fonctions momentanément supprimées. De plus, les expériences qui sont reversibles sont aussi renouvelables, à courte échéance, sur le même sujet.

2. Sachant que la cocaïne agit sur le tissu musculaire comme sur tous les éléments organiques en produisent la paralysie et l'inexcitabilité temporaire, j'ai appliqué cette donnée à l'étude du cœur et j'ai pu constater que la cocaïnisation locale supprimait l'excitabilité directe de différentes parties de cette organe. C'est ainsi, par exemple, que le myocarde ventriculaire cocaïnisé, ayant perdu plus ou moins complètement son excitabilité, résiste plus ou moins complètement à l'action tétanisante subitement mortelle de certains poisons qui, comme la digitaline et la strophantine, tuent brusquement le cœur en le mettant exactement dans le même état que les excitations électriques.

3. Enfin, j'ai observé aussi la suppression des réactions reflexes d'origine cardio-aortique par la cocaïnisation localisée.

La même méthode, appliquée à la recherche des effets locaux et lointains provoqués par des irritations variées des organes profonds (rein, estomac, poumon), a fourni des résultats intéressants aussi pour la physiologie pathologique d'un certain nombre de faits cliniques.

(*Académie des sciences*, 4 *mai* 1892).

BIBLIOGRAPHIE

Par M. Broussilowsky

De l'antéversion et de la rétroversion dentaire chez l'homme. Pathogénie, traitement. (Thèse de Paris, par M. Pottier, 1892).

Dans ce travail qui, en somme, ne présente pas grand chose de nouveau, surtout au point de vue du traitement, nous trouvons cependant quelques objections intéressantes à noter.

Dans le 1er chapitre sur l'antéversion dentaire, M. Pottier explique que :

« L'antéversion complète est en général confondue à tort avec le prognathisme. Aussi trouve-t-on un grand nombre de praticiens qui soutiennent qu'ils guérissent le prognathisme. Le prognathisme ethnique vrai, *n'est susceptible d'aucun traitement.* Il porte en effet non sur les arcades dentaires mais sur l'ensemble des pièces osseuses qui constituent les maxillaires. »

Quant à la pathogénie de l'antéversion, elle consiste primitivement dans la *projection de l'os incisif* dont l'existence chez l'homme ne fait plus de doute aujourd'hui pour l'anatomie comparée.

L'*hérédité* joue un rôle très important dans l'antéversion complète ; l'antéversion partielle est due surtout aux troubles d'éruption.

« L'anomalie de direction de follicule dentaire est la cause primitive de l'anomalie de direction de la dent. »

L'antéversion exige un traitement, non seulement au point de vue

de l'esthétique, mais pour ses conséquences plus ou moins fâcheuses :

« Les incisives intérieures viennent frapper la muqueuse de la voûte palatine chaque fois que le sujet veut fermer la bouche, soit pour la mastication, soit pour la conversation. Les conséquences sont des ulcérations ou des stomatites, dont l'état chronique imprime à ces affections une gravité et une gène parfois considérables. »

L'auteur a choisi parmi toutes les anamolies dentaires l'antéversion et la rétroversion,

« non seulement à cause de leur fréquence, mais à cause des résultats heureux que peut obtenir une thérapeutique intelligente et raisonnée. »

Comme traitement, M. Pottier admet l'appareil dit *à double bandeau*, soit en vulcanite, soit en métal (ou en platine). Le *plan incliné* donne des résultats heureux et rapides dans les cas de rétroversion chez les enfants jusqu'à l'âge de 12 ans. Aucun appareil orthopédique ne peut donner, par son *application directe*, de résultats, si, au préalable, il n'existe pas une place sufisante pour permettre aux dents de se déplacer. Cette place s'obtient au moyen d'extractions devant porter en général, suivant les cas, soit sur les *premières prémolaires*, soit sur les dents *de six ans*. En règle moyenne, dans le traitement de l'antéversion, le port de l'appareil doit durer de 4 à 9 mois et, la réduction obtenue, l'appareil se maintient pendant quelques mois.

Le traitement de la rétroversion est en général moins long, il peut varier de quelques jours à 1 mois.

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

I. — NETTOYAGE DE LA CIRE

Rassembler dans une cuvette toute la vieille cire, ajouter 57 centilitres d'eau contenant 15 gr. 50 de cristaux d'acide oxalique. Faire bouillir lentement pendant une demi-heure et laisser refroidir très longtemps. Râcler les déchets de cire au-dessous de la motte ainsi formée et, si la couleur claire résultant de l'acide oxalique ne convient pas, faire fondre dans une poêle sans eau et remuer dans une quantité suffisante de liquide couleur de beurre ou dans une autre couleur.

(Items of interest.)

II. — MOYEN D'ARGENTER LES MIROIRS

Dans une solution à 1 0/0 de nitrate d'argent, verser de l'ammoniaque goutte à goutte ; il se forme un précipité qui disparaît par la suite ; on cesse d'ajouter de l'ammoniaque un peu avant que la solution soit devenue entièrement limpide. Alors on verse avec précaution une solution à 3 0/0 d'acide tartrique, on agite et on aperçoit un

nouveau précipité qui disparaît tout à coup ; quand il commence à devenir stable, on interrompt l'addition d'acide et le liquide est prêt. On plonge les glaces à argenter très polies dans les couches les plus superficielles du liquide et on les y laisse jusqu'à argenture complète. (*L'Elettricita.*)

III. — ARGENT PLATINÉ

L'argent (4 parties) et le platine (1 partie) forment un excellent alliage pour les pièces dentaires, qui s'estampe facilement et peut se souder avec la soudure d'or à 18 carats. Il est bien préférable au laiton et au cuivre et ne coûte que le quart des plaques d'or à 20 carats ; le caoutchouc y adhère comme l'or.

(*Dental office and Laboratory.*)

IV. — MOYEN DE DÉBARRASSER LES MAINS DE L'ODEUR DE L'IODOFORME

Bienert recommande à cet effet de se laver les mains une ou deux fois avec de la farine de graine de lin dans l'eau. Il assure que l'odeur disparaît rapidement.

(*Dental office and Laboratory.*)

V. — ROUGE POUR POUDRES DENTIFRICES

Une substance colorante rouge à bon marché pour les poudres dentifrices peut s'obtenir avec du bois du Brésil. Préparer une décoction de 100 à 150 grammes de ce bois, y ajouter de 0 gr. 97 à 1 gr. 30 d'alun, le vernis obtenu est suffisant pour colorer 1 kilog. de poudre dentifrice.

(*Rundschau.*)

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. J. Wirth, ingénieur-mécanicien, fabricant d'articles pour dentistes.

Il a succombé le 24 juillet dernier, âgé seulement de 47 ans. Il était atteint d'une maladie de cœur.

C'était un travailleur acharné, cherchant toujours, inventant sans cesse. Son âpreté au travail, son activité fébrile n'ont pas peu contribué à hâter sa fin. Simple ouvrier mécanicien, il était arrivé à se créer une forte belle situation, grâce à son intelligence, à son énergie et à une conduite exemplaire.

Il a fait faire de grands progrès à l'outillage professionnel. Nous citerons, entre autres, les machines à vulcaniser, qu'il fit sans soudure à fond embouti de 8 millim. d'épaisseur. La bride à griffe, indépendante de la machine et offrant ainsi plus de sécurité, est aussi de son invention.

Il fut un généreux donateur pour l'Ecole dentaire et il donna des instruments aux lauréats dans les concours de fin d'année.

Le Conseil de direction a envoyé une couronne aux obsèques de cet homme honorable, enlevé si prématurément à l'affection des siens.

ED. LÖWENTHAL.

NOUVELLES

L'art dentaire a l'exposition de Chicago

L'art dentaire sera représenté à l'exposition de Chicago, en 1893, dans plusieurs sections :

Section J, électricité.

Groupe 135, l'électricité au point de vue de la chirurgie, de l'art dentaire et de la thérapeutique.

Classe 809, appareils pour l'emploi des courants électriques comme agents dans la chirurgie ou l'art dentaire.

Section L, arts libéraux, éducation, littérature, génie civil, travaux publics, musique et art dramatique.

Groupe 148, instruments et appareils de médecine, chirurgie et prothèse.

Classe 837, appareils et instruments de chirurgie, trousses anesthésiques et antiseptiques.

Classe 839, instruments et appareils de chirurgie et prothèse dentaires.

Groupe 149, enseignement primaire, secondaire et supérieur.

Classe 852, écoles spéciales supérieures..... Art dentaire.

Découverte des restes d'un mammouth

M. H. Hicks, secrétaire honoraire de la Société géologique, écrit ce qui suit au *Times*: « Dans des fouilles récentes, Endsleigh street, relatives à l'approfondissement de l'égoût principal, les ouvriers ont découvert les restes d'un mammouth et d'autres animaux préhistoriques à une profondeur d'environ 22 pieds au-dessous du sol. Dans la tranchée centrale, près de l'extrémité nord de la rue, deux grosses défenses de mammouth gisaient l'une près de l'autre avec d'autres os appartenant au même animal. Une partie de l'une de ces défenses fut montée sur le sol et elle mesurait à sa portion la plus épaisse presque 2 pieds de circonférence. La longueur totale des défenses était d'environ 9 à 10 pieds. Dans une autre excavation du côté ouest de la rue, à environ 15 pieds de la première, on découvrit la mâchoire inférieure et les autres os d'un mammouth plus jeune, à la même profondeur. Il est évident que ces animaux ont dû mourir à l'endroit où leurs restes ont été trouvés et le terrain noir et glaiseux dans lequel ils étaient engagés a présenté à l'examen maintes semences de plantes contemporaines. Des dépôts classés d'ordinaire avec le sable et la terre à brique de la vallée de la Tamise recouvraient les restes de ces animaux ; d'où je conclus que l'âge géologique pendant lequel ceux-ci vivaient est compris dans ce qu'on appelle la période glaciale. »

(*British Journal of Dental Science.*)

LE CONGRÈS DE ROME EN 1893

Le Comité exécutif du 11e Congrès international des sciences médicales vient de décider la création d'une section de dentisterie à ce Congrès.

Le droit d'admission pour les dentistes est fixé 25 francs

CONGRÈS DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

La 65e réunion de la Société des naturalistes et médecins allemands aura lieu à Nürenberg, du 12 au 16 septembre prochain. Elle sera accompagnée d'une exposition d'appareils, instruments et préparations scientifiques.

Le programme de la 27e section (dentisterie), présidée par M. G. Bock, comprend jusqu'à présent les communications suivantes :

Müller (de Lenzburg, Suisse). — Les couronnes d'or, les dents à pivots et à coiffe, seules ou conjointement avec le travail à pont.

Limpert (de Nürenberg). — L'aluminium.

Witzel (de Marbourg). — Les anesthésies au bromure d'éther et au pental, avec démonstrations. — L'obturation antiseptique des racines, avec démonstration. — L'aluminium.

Bock (de Nürenberg). —Le redressement de l'articulation dans l'inversion du maxillaire supérieur pour les dentiers temporaires et permanents. — L'installation électrique de son cabinet.

Berten (de Wurzbourg), — L'extraction des dents et des racines à carie profonde, avec démonstrations. — Nouveau masque pour le pental. — Cautérisation de la pulpe.

Weil (de Munich). — Quelques cas de pratique.

Schneider (d'Erlangen). — Un nouveau tour dentaire, imaginé par MM. Reiniger, Gebbert et Schall, d'Erlangen, avec moteur électrique au moyen d'accumulateurs, et démonstration. — Présentation de courbes photographiques de bromure d'éther, de pental et de chloroforme, avec communication.

D'autres communications sont également annoncées par MM. Sachs (de Breslau) et Wamekros (de Berlin).

(*Zahnärztliches Wochenblatt*).

C'est avec la plus vive satisfaction que nous enregistrons la nomination de M. Monod, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au Ministère de l'intérieur, comme membre correspondant de l'Académie de médecine.

L'Ecole dentaire de Paris est heureuse de cette distinction et prie le président de la séance de réouverture de ses cours en 1891 d'agréer à cette occasion ses plus sincères félicitations.

Nous apprenons avec le plus grand plaisir la nomination au grade d'officier d'Académie de notre camarade Blocman.

Nous sommes heureux d'oublier en cette occasion nos divisions et nous applaudissons à cette récompense de 8 ans de service dans l'enseignement à l'Ecole dentaire de Paris. P. M.

M. d'Argent, D.E.P.D. vient d'obtenir ses lettres de naturalisation. Nous nous félicitons de le compter parmi nos compatriotes.

M. Mandon, secrétaire-rédacteur de la Société d'Odontologie et traducteur de l'*Odontologie,* vient d'être décoré de l'ordre du Mérite agricole.

Nous en sommes heureux pour lui et pour nous-mêmes.

Un concours aura lieu le 3e dimanche d'octobre pour un poste de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie dentaires et pour un poste de professeur suppléant de pathologie spéciale.

Le programme sera publié dans le prochain numéro.

M. Martinier, sous-trésorier de l'Association, a l'honneur d'informer MM. les membres de celle-ci qu'il fera toucher le montant de leur cotisation pour le 2e semestre de 1892 du 1er au 10 octobre prochain.

VARIA

SINGULIERS PATIENTS

Il y a environ 6 mois, se présenta chez moi une dame de la campagne pour se faire enlever une racine de molaire supérieure gauche qui, sans lui causer de douleurs, l'incommodait cependant beaucoup. Pendant l'extraction, la patiente poussa des cris, de sorte que je lui dis : « Ne vous démenez pas tant pour une si petite douleur. » — « Eh mais, repritelle, quand on se fait arracher des dents à 104 ans, cela fait mal ! » Etonné, je regardai cette relique du siècle passé et lui demandai si elle ne se trompait pas. Elle persista à répondre qu'elle avait 104 ans. Elle était venue le matin en voiture à Cologne sans être accompagnée et s'éloigna très satisfaite, en trottinant, après l'extraction. Cette vieille dame avait encore, si je me souviens bien, plus de 20 bonnes dents.

Il y a environ 15 jours, un jeune ecclésiastique catholique, demeurant à une demi-heure de Cologne, vint me trouver, se plaignant de douleurs de dents. L'examen me permit de constater une inflammation de l'alvéole à la première molaire inférieure. La denture de ce patient était si belle (il avait ses 32 dents également développées) que j'hésitais à lui proposer l'extraction d'une d'elles. Néanmoins je pris mon davier. La dent vint du premier coup, seulement pas comme d'habitude, car elle s'engagea si solidement entre la 2e bicuspidée et la 2e molaire qu'il était impossible de la remuer (ce fait n'est pas rare avec nos mâchoires des bords du Rhin, dans ce cas je laisse le patient assis quelques minutes, la forte pression agit sur les dents voisines et la dent vient habituellement avec facilité). Il en fut autrement cette fois, et la dent demeura inébranlable, même lorsque j'eus fait asseoir le patient sur un petit banc rembourré. J'agis de nouveau sur la dent avec beaucoup de force et proposai au patient, la chose ne pouvant rester ainsi, d'enlever d'abord la 2e bicuspidée qui était saine, suivant moi, et puis l'autre dent. Par bonheur, j'avais affaire à un sujet courageux et intelligent qui y consentit tout de suite. J'avulsai donc d'abord la 2e bicuspidée qui, à ma grande joie, était cariée, ensuite la 2e molaire, qui ne présentait que de petites racines épaisses. Ces racines étaient cependant si évidées qu'elles s'adaptaient parfaitement à la forme de la petite molaire, qui était également très évidée. Cela m'expliqua pourquoi mon patient prétendait qu'il avait cru que je lui enlevais trois dents. Depuis 23 ans que j'exerce, c'est l'extraction la plus difficile que j'aie rencontrée. (*Monatsschrift d. Ver. deut. Zahnk.*)

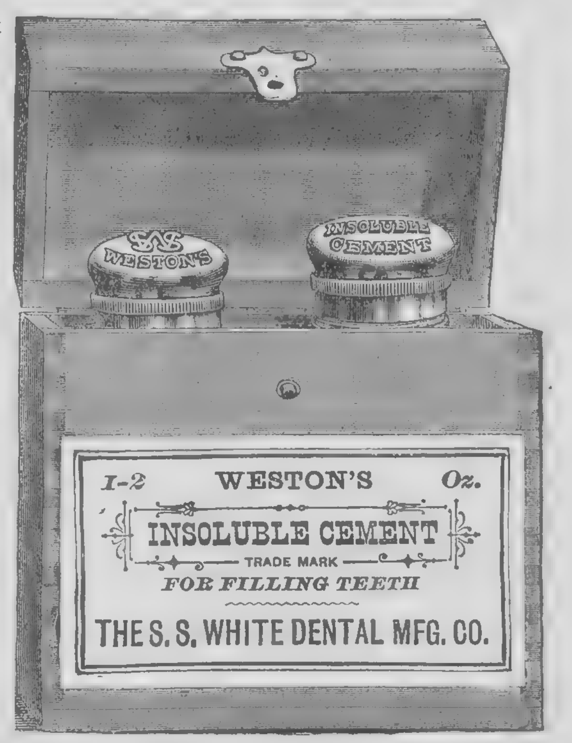
a

CIMENT INSOLUBLE DE WESTON

La valeur du ciment insoluble de Weston est connue partout. Sa qualité est uniforme, il se mélange aisément, durcit d'une manière satisfaisante — il peut durcir en deux minutes — et dure indéfiniment. Il est hydraulique à un haut degré — les meilleurs résultats s'obtenant quand l'obturation est plongée brusquement dans l'eau aussi chaude que le patient peut la supporter et y est laissée de 3 à 5 minutes.

La boite d'une couleur contient deux flacons d'une demi-once chacun, l'un de poudre, l'autre de liquide.

Prix de la boite d'une couleur. . 1 dollar 50



Boîte d'une couleur grandeur naturelle

WESTON'S
INSOLUBLE CEMENT
TRADE MARK
FOUR COLORS
No. 1 WHITE. No. 2 YELLOW. No. 3 BLUE. No. 4 BROWN.
KEEP STOPPERS IN BOTTLES.

La boite de quatre couleurs contient quatre flacons d'un quart d'once de poudre et un flacon d'une once de liquide. Les quatre couleurs sont respectivement le n° 1 blanc, le n° 2 jaune, le n° 3 bleu, le n° 4 brun. Cet assortiment de couleurs permet au dentiste d'obtenir, avec un peu de pratique, exactement toute nuance de dent désirée. Le bouchon à l'émeri du flacon de liquide est disposé de façon à former un compte-gouttes.

Prix de la boite de 4 couleurs... 2 dollars 25.

Suivre les instructions pour mélanger.

THE S. S. WHITE DENTAL MFG. CO.
Philadelphie, New-York, Boston, Chicago, Brooklyn, Atlanta

Vol. 12. Paris, Septembre 1892 N° 9.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'IMPORTANCE RÉELLE DE LA DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE DE LA CARIE DENTAIRE EN ETHNOGRAPHIE

Par M. le D[r] L. Thomas, professeur à l'École dentaire de Paris.

(*Suite*)

Il serait hasardeux d'affirmer que les Arécomiches et les Tectosages furent les seules tribus kimriques descendues vers les pays méridionaux, qu'il ne s'est fait aucun mélange entre les nouveaux venus et les premiers occupants.

Dans bon nombre d'autres départements, il existe une véritable contradiction entre les données historiques et celles des statistiques de caries dentaires. Prenons-en, deux au hasard : le département de Saône-et-Loire et celui de l'Ardèche. Le premier faisait partie du territoire des Eduens ; je ne sais trop s'ils étaient Celtes ou Kimris ; il est probable que chez eux la race était mélangée. Depuis longtemps, ils avaient noué des relations avec des tribus voisines ou éloignées ; l'exogamie était la règle commune. Dumnorix, ennemi des Romains et partisan d'une politique nationale, avait épousé une Helvète : il avait marié ses filles et la plupart de ses parentes à des chefs, individus influents d'autres tribus, clans, de manière à pouvoir compter sur leur appui, à arriver par des alliances domestiques à des alliances politiques. Ces conditions-là ne sont guère favorables à la conservation intégrale d'une race. Si les Eduens du temps de César représentaient déjà un mélange de sang celtique et de sang kimrique, un nouvel élément dont il faut tenir compte fut introduit dans le pays à l'arrivée des Romains. Cabillonum et Bibracte[1] furent, jusqu'à la soumission définitive des Gaules, la base d'opérations et le quartier général des armées de la République : c'est vers ces points qu'étaient dirigées les légions levées de l'autre côté des Alpes ; c'est de là que partaient les routes stratégiques construites pour permettre les mouvements rapides des troupes. Il est impossible qu'une occupation définitive faite dans ces conditions n'influe pas sur la race.

La grande invasion du V[e] siècle frappa durement toute la population qu'on appelait alors *romaine* ; on ne sait ce qu'il en resta. Les scènes de désolation que nous avons vues dans le nord se produisirent avec le même caractère dans les contrées qu'habitaient naguère les Séquanes et les Eduens. Les Burgundes, assez lourds par

1. Chalon-sur-Saône et Autun.

nature et amis d'une vie sédentaire, n'eurent qu'à s'établir dans un pays dont les possesseurs avaient été presque tous massacrés.

La perfection et la résistance du système dentaire des habitants de Saône-et-Loire, indique la prédominance de l'élément celtique et une pureté relative de la race. L'histoire montre qu'au premier siècle avant notre ère les conditions n'étaient plus favorables à la conservation du type, que la fusion était commencée depuis longtemps, que l'occupation romaine fut suivie d'une immigration assez nombreuse pour changer les caractères ethniques des habitants de la région, qu'enfin de 406 à 407, la population gallo-romaine fut presque entièrement détruite par une épouvantable invasion, que le pays fut repeuplé en grande partie par des tribus germaniques *à mauvaises dents*.

Si nous prenons le département de l'Ardèche, nous nous retrouvons en présence des mêmes vicissitudes. Les habitants du pays dont il a été le plus anciennement question étaient appelés Helviens. Ils étaient Celtes ou Aquitains de race et entretenaient avec les Arvernes, leurs puissants voisins, des rapports rappelant plutôt ceux d'une colonie avec sa métropole que ceux d'un vassal avec son suzerain. Dans la première querelle des Arvernes et des Romains, 122 ans avant J.-C., ils prirent parti pour leurs compatriotes, et furent battus avec eux par le consul Q. Fabius sur les bords du Rhône. Dès ce moment, le territoire helvien fut indirectement soumis à la République, car le vainqueur le donna à Massilia, son alliée. L'autonomie était perdue, les véritables habitants du pays étaient des colons de races diverses. Sous Auguste, sa capitale Alba Helviorum, était une ville romaine, à laquelle des embellissements de toute nature furent ajoutés par les fonctionnaires impériaux. Dans l'invasion de 406, Alba fut détruite; les rares habitants du pays qui survécurent se réfugièrent sur des hauteurs difficilement accessibles, dominant le Rhône ; ils y fondèrent la ville de Viviers. Ainsi nous voyons l'élément latin subjuguer de bonne heure l'élément gaulois, lui imposer ses lois et sa langue, s'infiltrer dans la région et se substituer à ses premiers habitants; plus tard la dévastation passe sur ce malheureux pays. D'où venaient ceux qui se mirent à cultiver de nouveau les champs délaissés, à rebâtir des maisons ? Il est impossible de le savoir.

L'histoire n'est pas en faveur de l'autonomie et de l'identité persistante d'un type anthropologique. Dans toute cette bande blanche centrale qui représenterait autant de départements celtes, les conditions ont été absolument différentes de celles de la Bretagne. Protégés par leur éloignement, par la difficulté des communications et la pauvreté de leur sol, ses habitants ont gardé intactes leur langue et leur mœurs ; la race est restée ce qu'elle était. Nulle part ailleurs les événements n'ont suivi le même cours; il me paraît difficile d'admettre qu'un groupe ethnique puisse se comporter de la même manière, pendant une longue suite de siècles, dans une région où il n'a pas été détruit, où il n'a pas pénétré, où il n'a pas été en contact avec un conquérant actif et de civilisation supérieure et dans un autre où ces conditions ont été réunies.

La carte de M. Dubois présente une particularité difficile à concilier avec la doctrine adoptée : c'est la présence de l'ilot blanc occidental formé par le département des Deux-Sèvres. Si le coefficient de la carie dentaire est moins élevé là que dans le voisinage, cela tiendrait à la présence d'une population robuste, isolée, mal vue. Ce sont les Huttiers ou Colliberts des Marais Mouillés des Sèvres sur lesquels le Dr Lagardelle a fait, il y a quelques années, une intéressante étude ; ces gens-là ont de bonnes dents. L'animadversion que leur témoignent leurs voisins tient moins à leur manière de vivre et à leurs défauts personnels qu'à un préjugé remontant fort loin : à la conviction que les Colliberts sont les représentants d'une race maudite, peut-être de Barbares demeurés dans le pays à la suite de la grande invasion de 406. M. Dubois n'est pas loin de cette idée. Il admet avec M. Lagneau qu'il est resté dans la région une colonie de Théiphales et d'Alains dont les descendants ont gardé à travers les âges les caractères distinctifs de leurs ancêtres ; ils sont grands comme eux, blonds comme eux, et ils ont comme eux de belles dents résistantes qui échappent aux dégénérescences précoces.

Je n'ai trouvé que des renseignements sommaires par rapport aux Théiphales ; c'était une tribu orientale, probablement peu nombreuse, qui guerroya contre les Romains, de concert avec les Goths et les Alains. Sous Gratien, cette coalition fut assez importante pour menacer les provinces éloignées de l'empire [1]. On ne saurait dire à quelle race appartenaient les Théiphales ; Ammien Marcellin en parle comme d'une peuplade sauvage de mauvaises mœurs [2].

Il est plus souvent et plus longuement question des Alains ; j'espérais pouvoir trouver des documents précis sur leurs tribus établies en Gaule. Malheureusement nos données ne sont guère plus précises que celles qui concernent les Théiphales.

Les Alains étaient-ils un peuple de race unique ou une confédération ? Etaient-ils Germains, Slaves ou Scythes ? Venaient-ils de l'Asie centrale ou du nord de l'Europe ? Ont-ils fondé des colonies prospères dans les parties de l'Empire qu'ils ont envahies ? Voilà autant de questions que je n'ai pu résoudre.

Leur existence était connue des Romains dès le premier siècle de notre ère. Pline cite leur nom parmi ceux des nombreuses tribus qui habitaient la rive européenne de l'Euxin, à l'orient des bouches de l'Ister : « A partir de là sont toutes les nations scythiques ; cependant le littoral a été aussi occupé par des races diverses, tantôt par les Gètes, appelés Goths par les Romains, tantôt par les Sarmates que les Grecs appellent Sauromates, et par les Hamaxobiens ou les Aorses, branches

---

1. Porro Gratianus cum animadvertisset Thraciam, Daciamque, tamquam genitales terras, possidentibus Gothis, *Taifilisque*, atque omni pernicie atrocioribus Hunnis et Alanis extremum omni imperio Romano periculum instare, relicta Italia in Pannoniam ruit. Aurel. Victoris *De viris ilus tribus urbis Romæ*, 47.

Voir aussi : Eutropii, *Histor. miscell.* lib. XII, cap. XVIII.

2. Hanc Taiphalorum gentem turpem ac obscænæ vitæ flagitiis ... accepimus versam. — *Rer. gest.* lib. XXXI, cap. 25.

sarmatiques, tantôt par les Scythes dégénérés et issus d'esclaves ou par les Troglodytes, puis par les *Alains* et les Roxolans [1].

La première fois qu'Ammien Marcellin en parle, c'est à peu près dans les mêmes termes; il est difficile de fixer géographiquement le siège qu'il leur assigne ; il dit seulement qu'ils étaient voisins du Pont-Euxin, comme les Jaxamates, les Intes, les Jazyges, les Roxolans [2]. Dans un autre endroit, il les donne comme voisins immédiats des Arimaspes, habitant la région où finit la chaîne des monts Riphées et près de l'embouchure des fleuves Chronius et Bisuela [3]. Après ces deux mentions extrêmement brèves, l'auteur revient à nouveau sur les Alains ; cette fois il n'en parle plus comme d'une tribu sans importance, riveraine de l'Euxin, mais comme d'une confédération asiatique qui va du Caucase à l'embouchure du Gange. Les Alains dont il est question dans ce passage sont de grands et beaux hommes aux cheveux châtains, aux yeux clairs, batailleurs et pillards, mais plus policés que les Huns. Ce sont, comme eux, d'infatigables cavaliers dont la vie s'écoule en longues courses à travers les steppes, qui ont un profond mépris pour la marche à pied et la vie sédentaire. L'aspect physique et le caractère des Alains rappellent celui des aventuriers du Nord; on dirait des Warègues dépaysés. Tout ce passage d'Ammien Marcellin mérite d'être cité :

« Près du pays des Amazones, sont les Alains qui s'étendent vers l'Orient ; ils sont répartis en peuplades et en grandes tribus, j'ai entendu dire qu'ils sont répandus dans les différentes contrées de l'Asie jusqu'au Gange, fleuve qui coupe la terre des Indes et se jette dans la mer australe. Les Alains se trouvent donc dans les deux parties du monde, ils sont divisés en tribus si nombreuses qu'il est difficile de les compter ; ils sont nomades, répandus sur d'immenses espaces. Dans la suite des temps, on a réuni divers peuples sous un même nom générique et on les a appelés Alains. Nous allons étudier leurs mœurs et leur manière de vivre. Ils n'ont pas de cabanes ne cultivent pas, mais vivent de viande et de lait. Habitant leurs chars couverts d'écorces, ils traversent avec eux leurs solitudes sans fin. Lorsqu'ils arrivent en un endroit où se trouve de l'herbe verte, ils commencent par placer leurs voitures en cercle, puis mangent comme des bêtes ; quand il n'y a plus rien, la ville improvisée est replacée sur les chars; hommes, femmes tous y demeurent ; c'est là que naissent et que sont élevés les enfants, c'est là leur habitation permanente, leur véritable foyer. Ils traînent après eux de nombreux troupeaux, surtout de chevaux. Il y a dans leur pays de vastes plaines toujours remplies d'herbe, des espaces fertiles ; ils ne manquent donc ni d'aliments ni de pâturages n'importe où ils vont, cela tient à l'humidité naturelle du sol et à la présence de nombreux cours d'eau. Les femmes et ceux que leur âge rend impropres à la guerre restent autour des véhicules entourés de légères défenses. Mais ils sont habitués à monter à che-

---

1. Hist. naturalis. IV, 25.
2. *Loc cit.* lib XXII, cap. 16.
3. Juxtaque, Massagitæ, Alani et Sarmatæ aliique complures obscuri ; quorum nec *vocabula nobis sunt nota* nec mores. *Loc. cit.*, lib. XXII, cap. 18.

val dès la première enfance, car ils regardent la marche à pied comme honteuse. Tous sont guerriers, très habiles dans les choses militaires ; c'est pour cela que les Perses, qui sont eux-mêmes d'origine scythique sont d'excellents soldats. Presque tous les Alains sont grands et bien faits ; ils ont les cheveux châtains, les regards menaçants sans être terribles ; ils sont très vifs, grâce à la légèreté de leurs armes ; ils ressemblent en toutes choses aux Huns, mais ils sont plus doux et plus policés. Parcourant sans cesse l'Arménie et la Médie, ils poussent parfois leurs excursions pour la chasse et le pillage jusqu'aux rives du Marais Méotides ou du Bosphore cimmérien. Autant le repos est agréable à l'homme doux et tranquille, autant ils aiment le péril et la guerre. Ils estiment heureux celui qui perd la vie dans le combat. La mort dans la vieillesse ou à la suite d'un accident est regardée comme honteuse et indigne. Rien n'est plus glorieux pour eux que d'avoir tué un homme ; ils coupent la tête de l'ennemi, enlèvent la peau et l'attachent au harnachement de leur cheval de guerre. On ne voit chez eux ni temples ni statues ni habitation recouverte d'un toit. Ils adorent un sabre fiché en terre qu'ils considèrent comme le symbole de Mars, le Dieu tutélaire de ces régions. Ils conjecturent l'avenir d'une façon singulière ; des femmes, prenant des verges de bois bien droites, font sur elles certaines pratiques magiques et savent prévoir l'avenir avec elles. Il n'y a pas chez eux d'esclaves ; tout individu est considéré comme noble de naissance. Ils prennent pour juges des gens illustrés par de longues guerres [1]. »

(*A suivre.*)

DE LA RECONSTITUTION DES DENTS A L'AIDE DE COURONNES PARTIELLES EN OR

Par M. J. A. Barrié,

Ex-démonstrateur aux Ecoles dentaires de Paris et de France.

Parmly-Brown, Evans, Herbst, Parr, de New-York, nous ont successivement exposé leurs procédés, les uns théoriquement, les autres par des démonstrations, pour reconstituer les dents, les molaires principalement, à l'aide de couronnes entières en or. Ces auteurs, de même que ceux d'articles parus dans l'*Odontologie* [2] ou dans le *Compte rendu du Congrès dentaire international de Paris*, 1889 [3], n'ont fait qu'effleurer le sujet qui fait l'objet de ma communication

---

1. *Loc. cit.*, lib., XXXI, cap. 6 et 7.
2. *Odontologie*, février 1890, p. 56,57.
3. *Compte-rendu du Congrès dentaire international*, 1889, p. 176.

de la reconstitution des dents à l'aide de couronnes partielles en or.

Les motifs qui militent en faveur de ce mode de reconstitution sont :

1° Les bords friables de la cavité ;

2° Pulpe exposée ou près de l'être, ne permettant pas les points de rétention ;

3° Cavités d'accès difficile (pour une aurification) ;

4° Dents ayant été atteintes de périostite aiguë ou chronique, dont le traitement a été laborieux, et pour lesquelles la condensation d'une aurification à l'or mou ou à l'or adhésif pourrait affecter le périoste.

Il est bien entendu que, dans cet exposé, nous considérons que l'or est la matière obturatrice par excellence, de même que le ciment occuperait la 1re place s'il n'avait contre lui l'usure rapide et l'action dissolvante des liquides buccaux. L'amalgame a contre lui la teinte, le mercure, le retrait ; le vide que ce retrait produit n'est peut être pas étranger aux fractures fréquentes de l'émail qui retient l'amalgame.

En réunissant à la fois les qualités particulières de ces deux matières, or et ciment, on obtient une obturation parfaite, une reconstitution de tubercules, qu'il est impossible d'obtenir aussi exactement au moyen de l'obturation ordinaire, quelle que soit la matière employée.

Le modus faciendi est à peu près le même que pour une couronne entière :

1° Prise de l'empreinte et d'un petit articulé ;

2° Reconstitution à la cire forte de la partie absente de la dent, en tenant compte de l'articulation ;

3° Découpage d'un patron avec la feuille de plomb. Le dessin devra varier selon la forme de la cavité ;

4° Reproduction de la dent reconstituée par un modèle en zinc, si l'on profite de la confection d'une pièce en or, ou avec le métal d'Arcet, ce qui est plus vite fait et suffisamment résistant ;

5° Estampage de la plaquette en or fin au n° 5 aisé de la filière et soudure des attaches ;

6° Fixation et brunissage de la couronne.

J'attire d'une manière toute spéciale l'attention de mes confrères sur la question des attaches ; c'est là le point capital. Lorsqu'on ne soude qu'une attache, en forme d'anse ou de crampon au centre, on s'expose, ainsi que cela m'est arrivé au début, à ce que la partie périphérique, qui va en mourant sur l'émail, se rebrousse et même dans certains cas, la couronne perd complètement ses attaches avec le ciment et tombe.

Voici, pour éviter ces ennuis, comment il convient d'opérer :

Enduire de rouge les bords de la cavité, appliquer la couronne à la place qu'elle devra occuper : la ligne que décrira le rouge à la partie interne de la couronne servira d'indication pour souder un fil fin de platine avec de la soudure au 2, que l'on fera courir en forme d'anses successives le long des bords de la couronne. Nous au-

rons ainsi une attache centrale et une attache périphérique. Conclusions : solidité et rétention parfaites. Voir le modèle ci-dessous.

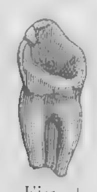


Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

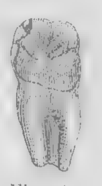


Fig. 4.

1. Dent molaire du bas à reconstituer.
2. Patron en feuille de plomb.
3. Intérieur de la couronne montrant la disposition des attaches.
4. Dent reconstituée.

On peut reconstituer de la sorte les petites molaires et les faces postérieures de canines, etc.

Il ne reste plus qu'à fixer la couronne avec du ciment en prenant les précautions habituelles. Lorsqu'on a exécuté fidèlement le procédé indiqué ci-dessus pour la fixation des attaches, la couronne s'adapte merveilleusement à la cavité. Le ciment doit être de consistance peu épaisse ; j'emploie le Marfil que je trouve excellent pour le scellement des pivots, morceaux d'émail, couronnes, etc.

Depuis deux ans, j'ai fixé une soixantaine au moins de ces couronnes et je suis très satisfait du résultat, ainsi que mes clients.

Je laisse au Musée de l'École deux dents naturelles ainsi reconstituées avec des couronnes partielles.

REVUE DE L'ÉTRANGER

DE LA PULPE DENTAIRE

CONSIDÉRATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Par M. Paolo Carreras, de Pise.

Désireux de traiter des diverses modifications auxquelles peut être sujette la pulpe dentaire dans sa structure intime, soit pour des raisons physiologiques, soit pour des raisons pathologiques, soit enfin par suite des médicaments qui lui auront été appliqués, je crois convenable de dire quelque chose de sa conformité histologique normale, pour pouvoir m'expliquer avec plus de clarté, d'autant plus que tous les auteurs ne sont pas d'accord sur ce point.

Les auteurs anciens prétendaient que la pulpe dentaire était un prolongement de la muqueuse buccale, quoiqu'ils ne connussent pas la véritable structure de cet organe.

Mais Hunter, qui vivait au siècle dernier et qui posa les premiers

fondements scientifiques de l'anatomie et de la physiologie dentaires, écrivait en 1770 :

La cavité qu'on observe au centre des dents ne contient pas de moelle comme les autres os (car il la regardait comme telle) mais elle semble être pleine de vaisseaux sanguins et probablement de nerfs, réunis par une substance pulpeuse ou celluleuse [1].

Il ressort de là que cet auteur, avec la pénétration qui lui était propre et la science qui le distinguait de son temps, sans connaître la véritable structure de la pulpe, la présumait déjà.

Fox, célèbre écrivain du commencement de notre siècle, dit que la cavité qui existe dans les dents reçoit des vaisseaux et des nerfs qui se ramifient dans la membrane de la pulpe dont elle ne cesse d'être revêtue, mais il ne parle pas du tout de la structure de la pulpe elle-même [2].

Blandin, qui écrivit après Fox, compare la pulpe dentaire, qu'il appelle papille ou noyau pulpeux, aux papilles des poils et des plumes. Il dit aussi que c'est une papille muqueuse qui, à ce point, a pris un développement considérable, pour devenir un organe de sécrétion, mais il fait observer que, tandis que le follicule des poils et des plumes est cutané, le follicule dentaire prend son origine dans la muqueuse [3].

Maury fait remarquer dans son *Art dentaire*, écrit en 1841, que Béclard et les autres anatomistes de son temps considèrent la pulpe dentaire ou noyau pulpeux comme une papille de la membrane muqueuse qui forme les gencives, laquelle muqueuse, se prolongeant dans les alvéoles, envoie du fond de ceux-ci dans la cavité de l'ivoire un prolongement renflé qui remplit cette cavité [4]. On admettait que cette papille était pourvue de vaisseaux et de nerfs et destinée à la vie et à la nutrition de la dent, mais on ne connaissait pas encore la structure histologique intime de cet organe.

C'est seulement dans la dernière partie de notre siècle que, par suite des progrès extraordinaires de l'histologie normale et pathologique, la pulpe dentaire a été minutieusement étudiée et aujourd'hui on en connait exactement la structure intime et l'origine.

Purkinje et Raschkow prétendent qu'elle est composée de globules infiniment petits [5].

Schwann soutient qu'elle est constituée de cellules globulaires nucléeuses, traversés de vaisseaux et de nerfs et ayant la direction en rayons des canalicules de l'ivoire [6].

Suivant Nasmyth elle serait composée de cellules vésicales de volumes différents disposées en couches concentriques

1. Hunter, *Traité des dents humaines*, annoté par Tomes et Bell.
2. Fox, *Histoire naturelle et maladies des dents de l'espèce humaine*, 1821, p. 29.
3. Blandin, *Anatomie comparée*, 1836, p. 59.
4. Maury, *Art dentaire*, 1841, p. 38.
5. *Traité de l'Art du dentiste*, par Harris, Austen et Andrieu, 1884.
6. Harris, *op. cit.*, p. 98.

Mais sans m'étendre plus longuement à énumérer les diverses opinions des auteurs qui peu à peu sont arrivés à avoir une connaissance plus exacte de la véritable structure de cet organe, je dirai que, grâce aux remarquables travaux de Ch. Tomes et du célèbre histologue Kölliker et aux études de Waldeyer et de Magitot, nous sommes enfin parvenus à la connaissance complète de la nature et de la structure histologique de la pulpe dentaire, qui, en dernière analyse, n'est autre chose que ce qui reste du germe dentaire quand celui-ci a achevé son rôle générateur, c'est-à-dire quand la dent est arrivée à complet développement. Je parle des dents humaines à développement limité, parce que dans celles à développement continu, comme celles des rongeurs, nous savons que le germe persiste avec toute son activité génératrice, quelque longue que soit la vie de l'animal.

Mais, autant que je sache, aucun auteur n'a établi avec une limite bien nette le moment où le germe dentaire doit prendre le nom de pulpe dentaire, et c'est ce que je juge nécessaire de déterminer, car autrement il ne sera jamais possible de s'entendre sur la vraie structure de la pulpe dentaire.

Il me semble que le moment où on doit distinguer le germe dentaire proprement dit de la pulpe dentaire est celui où, l'émail qui revêt la couronne des dents une fois parvenu à un plein développement, le follicule dentaire une fois rompu, séparé de tout l'organe générateur de l'émail ou tissu adamantin, la couronne est entièrement sortie de son alvéole, parce que ce qui reste est seulement la papille génératrice de l'ivoire, mais n'est plus le germe dentaire proprement dit, constitué par ces trois éléments : papille d'ivoire, organe générateur de l'émail, et follicule qui enveloppe ces parties.

J'ai cru nécessaire de faire une distinction claire entre ce qu'on doit entendre par germe dentaire et par pulpe dentaire, parce que, tandis que les anciens auteurs, et parmi eux Hunter, prétendaient que, les dents humaines une fois développées, on devait les regarder comme des corps étrangers implantés dans les maxillaires, aujourd'hui, au contraire, nous savons que, quoique la pulpe dentaire ait chez l'homme une action réparatrice très limitée, elle continue cependant à agir même quand la dent est parvenue à un développement complet, comme nous le verrons par la suite ; mais à ce moment le germe dentaire, converti en pulpe dentaire, a subi des changements dans sa structure intime et son action réparatrice est limitée à l'ivoire.

Aujourd'hui donc nous savons que la papille de l'ivoire ou pulpe dentaire proprement dite prend son origine dans le tissu conjonctif, et, en fait, elle est constituée par une substance fondamentale de nature conjonctive, de consistance gélatineuse, dans laquelle on observe clairement des faisceaux distincts de tissu conjonctif traversés par des vaisseaux sanguins et des nerfs. Cette substance fondamentale est pourvue de nombreux éléments cellulaires, d'autant plus nombreux et réguliers dans leur forme et leur disposition qu'ils s'approchent de la surface de l'organe ; cette dernière est précisément constituée par une couche de cellules disposées sur eux en direction rayonnante et elles ont la forme de très petites poires. Leur extrémité se ter-

mine le plus souvent par des prolongements très ténus qui pénètrent dans les canalicules de l'ivoire et constituent les fibrilles de Tomes : ce sont justement ces cellules qui sont appelées *odontoblastes* ou cellules génératrices de l'ivoire.

Les odontoblastes, d'après Tomes, sont munis d'autres appendices latéraux qui servent à les mettre en communication entre eux; en outre, de leur extrémité écornée partent d'autres appendices, appelés appendices *caudals*, au moyen desquels les cellules placées au-dessous, de forme ovoïde, et celles-ci à leur tour, simplement grâce aux petits appendices dont elles sont munies, communiquent avec les cellules plus profondes de forme sphérique[1]. Il résulterait de cela que les cellules de la pulpe dentaire vont en se perfectionnant dans leur forme, du centre à la périphérie.

Telle est la description que donnent de la pulpe dentaire Kölliker et plus spécialement Tomes.

Mais je dirai franchement que, des recherches faites sur de nombreuses préparations, il résulte pour moi que, dans la pulpe dentaire proprement dite ou papille de l'ivoire, quand la dent est parvenue à complet développement, les cellules ne conservent plus la forme caractéristique décrite ci-dessus, mais sont, au lieu de cela, moins régulières dans leur forme et leur disposition. Seulement, à la périphérie de l'organe, les odontoblastes plus nombreux et plus serrés entre eux se rapprochent davantage de la forme primitive. Je n'ai pas pour cela la prétention d'attaquer l'opinion de savants aussi autorisés en cette matière que Ch. Tomes et Kölliker, mais seulement d'éclaircir un fait, dont l'ambiguïté me paraît provenir de ce qu'on n'a pas distingué le germe dentaire et la pulpe dentaire.

En effet, Tomes parlant de la structure histologique de la pulpe dentaire dit :

« Les odontoblastes varient beaucoup dans leur forme aux différentes époques de la vie. Sur la pulpe dentaire des sujets jeunes, avant la formation de l'ivoire, les odontoblastes sont arrondis ou plutôt périphériques; pendant la période de leur plus grande activité fonctionnelle, l'extrémité émise par la partie de l'ivoire est tronquée, bien qu'elle tende en quelque manière à s'effiler pour former les prolongements de l'ivoire; à un âge plus avancé, ils deviennent difficiles à distinguer et prennent une forme arrondie et ovoïde[2]. »

Il résulte clairement de cela que Tomes ne distingue pas entre le germe dentaire et la pulpe dentaire, puisque avant la formation de l'ivoire nous avons affaire au germe dentaire et non avec la pulpe dentaire, et c'est précisément pour cela que, si nous examinons cette dernière, c'est-à-dire la papille de l'ivoire, quand la dent est parvenue à son complet développement, la structure histologique ne correspond plus exactement à celle décrite par Kölliker et Tomes. Ceux-ci, pour cette raison, ne se trouvent pas d'accord avec Raschkow, Schwann et Nasmyth.

1. Tomes, *Anatomie dentaire humaine et comparée*, 1888, p. 107.
2. Tomes, *loc. cit.*

On a cru également que la pulpe dentaire était enveloppée d'une membrane spéciale que Raschkow appelle membrane *performatrice*, d'où l'ivoire tirerait son origine[1]. Thomas Bell l'appelle, pour sa part, membrane propre de la pulpe et la croit constituée du périoste inter-alvéolaire qui envahit la cavité pulpaire et la tapisse; tandis que Andrieu, qui admet, lui aussi, l'existence de cette membrane, estime qu'elle est constituée par une couche interne de l'enveloppe nervo-vasculaire, laquelle, arrivée à l'apex de la racine, se dédoublerait et, avec sa lamelle interne, entourerait la pulpe, tandis qu'avec l'externe elle constituerait le périoste alvéolo-dentaire[2].

Tomes et Kölliker soutiennent que cette membrane apparente est constituée par les odontoblastes eux-mêmes, adossés les uns contre les autres en forme d'épithélium[3]. Robin et Magitot assurent que cette membrane apparente[4], qui en réalité n'existe pas, n'est pas autre chose que la substance inter-cellulaire des odontoblastes, qui se projette au-delà de la couche formée par ceux-ci, pour former une espèce de pellicule. Mais ils font observer que, comme cette substance entoure lesdites cellules sur toute leur surface, on ne saurait lui donner avec juste raison le nom de membrane[5], et, à vrai dire, cette opinion me semble la plus exacte.

Les vaisseaux artériels et veineux qui irriguent la pulpe dentaire s'introduisent dans celle-ci par la petite ouverture qui existe à l'apex de chaque racine, où, se repliant en forme d'anses, ils s'enchevêtrent entre eux formant une sorte de filet, tandis que Fox a cru et Thomas Bell a voulu démontrer qu'ils s'introduisent dans l'ivoire[6], opinion absolument rejetée aujourd'hui.

On affirme pourtant que là se terminent les filaments nerveux (dont la pulpe dentaire est richement pourvue) après avoir suivi le trajet des vaisseaux sanguins, car on n'admet pas que les filaments nerveux et que les vaisseaux sanguins pénètrent dans les canalicules de l'ivoire.

Bell assure avoir vu des fibrilles nerveuses traverser la membrane de l'ivoire et prétend qu'elles continuent dans les canalicules de celui-ci, conjointement avec les fibrilles de Tomes[7].

Ce dernier, au contraire, prétend que, malgré ses recherches, il n'a jamais pu voir de fibrilles nerveuses pénétrer dans les canalicules de l'ivoire[8].

Magitot n'admet pas que celles-ci y pénètrent, mais affirme avoir observé que les rameaux nerveux dépassent la limite des anses vasculaires et continuent sans interruption avec un des filaments pro-

---

1. *Art du dentiste*, par Harris, Austen et Andrieu, 1884, p. 98.
2. *Leçons cliniques*, par Andrieu, 1885, p. 199.
3. Tomes, *Art dent.* p. 236, Harris, p. 100.
4. Tomes, *Chir. dent.*, 1873, p. 238.
5. Legros et Magitot, *Journal de physiologie*, 1860, p. 304.
6. Fox, *Histoire naturelle et maladies des dents*, p. 38. — Hunter, *Traité des dents humaines*, Note Bell, p. 43.
7. Tomes, *Anatomie dentaire humaine et comparée*, 1880, p. 108.
8. Tomes, *loc. cit.*

fonds dans la couche inférieure des cellules qui constituent la surface de la pulpe [1].

Dernièrement C. Johnson, professeur au collège dentaire de Baltimore, a déclaré avoir réussi à constater l'existence d'une communication nerveuse entre les fibrilles de Tomes et la pulpe dentaire, et, comme Raynard, il prétend que la sensibilité prononcée de l'ivoire est dûe à la présence de fibres nerveuses [2]. Mais, tout en considérant ce fait comme possible, en tenant compte des assertions des auteurs susdits de la façon immédiate dont se transmettent à la pulpe les irritations produites à la surface d'une dent, dont l'émail est altéré, on ne peut l'admettre d'une manière absolue puisque les anatomistes ne l'acceptent pas et ne le prouvent pas généralement. Pour le moment nous devons admettre que cette transmission de sensibilité se produit par le moyen du protoplasme des fibrilles de Tomes.

(A suivre.)

Il Progresso Dentistico.

CALCUL TROUVÉ DANS LE CANAL D'EVACUATION DE LA GLANDE LINGUALE

Par M. le Dr K. MORELLI, de Buda-Pesth.

A l'occasion de ma description d'un cas de rhinolithe dans la revue *Orvosi Hetilap* de janvier 1886, j'ai déjà parlé des corps inorganiques qui se déposent dans les divers organes de l'homme, dans le nez, par exemple, quoique rarement. Le cas ci-dessus fut la première rhinolithe observée chez nous et opérée par moi. Je fis remarquer alors que Gardi parlait déjà en 1502 d'une rhinolithe ; il n'en est pas ainsi des calculs glanduleux de la joue, de la langue, des canaux de Wharton, de Sténon, de Riwin, de Bartholin, dont il n'a été question que dans les 30 dernières années [3]. La plupart des calculs furent trouvés dans le canal de Wharton, très rarement dans la glande elle-même. D'après Ozygan, d'après Scheff il a été constaté 22 cas de calculs dans le canal de Wharton, 4 dans celui de Sténon, 5 dans celui de Riwin, 1 dans celui de Bartholin et 4 dans la glande du maxillaire inférieur, 1 dans la glande de la joue. Scheff cite en tout 6 calculs salivaires, qu'il accompagne de dessins, dont 2 provenant de la clinique d'Albert, 1 de celle de Billroth.

Les calculs ont été décrits par Ozygan, Orth, Gorup-Benanez, Bruns, Busch, Schuster, Castiaux, Demous (Bordeaux), Galippe, Pollak (Rotterdam), Middleton (Glasgow), Boucher (Naples), Beregszaszy (Vienne), Lootier, Pernet. Ces calculs étaient gros et petits; celui de Pollak avait 1 cent. 1/2 de long. 3 d'épaisseur et pesait

---

1. Legros et Magitot, *Journal de physiologie*, 1860.
2. *Art du dentiste*, par Harris, Austen et Andrieu, p. 106.
3. Ozygan parle en 1890 de 50 cas mentionnés dans la littérature.

1 gr. 1/2 ; celui de Castiaux 1 cent. 1/2 de long, 1/2 d'épaisseur ; celui de Boucher 11 mm. de long et 7 mm. de large ; celui de Demous était gros comme une olive ; le plus long était celui de Orth, le plus gros celui d'Albert.

Dans la plupart des cas ils se rencontrèrent chez des hommes. D'après Gorup-Benanez, qui examina chimiquement 6 calculs, ceux-ci se composent principalement de carbonate et de phosphate de chaux, de sels solubles dans l'eau et de matières organiques. Suivant Deloszurce la partie organique représente 20.95 0/0, la partie inorganique 95.6 0/0 et l'eau 33 0/0. Dans le cas d'Ozygan il y avait 5 0/0 d'eau, 25 0/0 de matières organiques, 53 0/0 de phosphate et 8 0/0 de carbonate de chaux. Comme on voit, les calculs comprennent surtout, ainsi que les rhinolithes, du phosphate et du carbonate de chaux. La cause de production doit être dans la plupart des cas un corps étranger introduit dans le canal, autour duquel se déposent les sels calcaires, ainsi qu'on l'a constaté dans les rhinolithes et comme je l'ai vu moi-même récemment. Il y a des années vint chez moi un patient qui avait dans le canal d'évacuation de la glande de la joue l'extrémité de l'enveloppe d'un grain d'avoine autour de laquelle il s'était formé un calcul de la grosseur d'un grain d'avoine qui irritait constamment le patient, et que j'enlevai avec une pince. Quoique le canal d'évacuation ne fût pas complètement fermé on pouvait constater une enflure de la glande.

Malheureusement j'ai perdu ce calcul.

Le cas le plus récent est le suivant.

Marie Dor, cuisinière, âgée de 36 ans, se présenta chez moi le 13 juin 1890. Elle se plaignait que, 5 jours auparavant, quand elle voulait avaler, sa langue commença à lui faire mal, qu'il se forma bientôt sous celle-ci une enflure qui augmenta rapidement et qui avait déjà la grosseur du poing lors de mon examen. Je constatai que la région sous-maxillaire droite était enflée, dure et douloureuse à la pression. La partie sous la langue était enflée et l'enflure s'étendait à gauche au-delà du filet. La glande sous-maxillaire a augmenté de volume et soulève la langue. La parole et la déglutition sont rendues très difficiles. Le tissu conjonctif sous la langue est imprégné de sérosité. Le canal d'évacuation droit de la glande est obstrué, dans l'ouverture se trouve un noyau gris-jaune, de la grosseur d'une tête d'épingle, que je reconnais pour une pierre avec la sonde et le doigt. Avec un dilatateur de canal lacrymal à pointe émoussée j'élargis le canal de Wharton jusqu'à 1 cent. 1/2 et j'enlève le calcul très facilement avec une faible pression sur la partie du maxillaire inférieur. La blessure est traitée avec 2 0/0 de glycérine phéniquée et sondée pendant 6 jours avec une sonde fine, comme le recommande Beregszaszy ; au bout de ce temps l'enflure a disparu et la patiente peut être congédiée.

Ce cas prouve que ces calculs se forment avec peu d irritation et qu'ils échappent à l'attention du patient avec beaucoup de facilité. Le malade ne connut son mal que le 6 juin, en rencontrant de la difficulté à parler et à avaler. Le calcul présente 8 mm. de long. 7 de large, et,

complètement sec, il pèse, au bout de 2 ans, 1/2 gr.; il est un peu plus épais à l'extrémité correspondant à la fin du canal d'évacuation et pourvu d'un sillon, ce qui le fait ressembler à un grain de café,



Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3. Fig. 4.

ce qu'on remarque sur les fig. 1 et 2. Les figures le montrent de 4 côtés différents. Les fig. 3 et 4 montrent le mince appendice et l'extrémité de la grosseur d'une tête d'épingle qui est visible et tangible de l'extérieur. Autant que je sache, c'est le premier calcul de la glande linguale observé et opéré en Hongrie. La patiente, à ce que j'ai appris depuis, ne souffre pas de la glande et il ne se forme aucun nouveau dépôt calculeux.

Comme je désire conserver le calcul, je ne puis l'analyser chimiquement.

(Odontoskop.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

CONSEIL DE DIRECTION

Séance du 14 juin 1892.

Présidence de M. Gillard.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents : MM. Gillard, Francis Jean, Barrié, Bonnard, Viau, Löwenthal, Touchard, Bertrand, Denis, Martinier, Billet.

M. Lecaudey, ne pouvant assister au Conseil, transmet une lettre de M. Loup par laquelle ce dernier accepte la clinique du samedi jusqu'à l'expiration du congé de M. Legret.

Les procès-verbaux du 26 avril, 10 et 24 mai sont adoptés.

La correpondance comprend :

1° Une lettre de M. Fanton remerciant le Conseil de sa nomination de démonstrateur;

2° Lettres de M. Meunier, démonstrateur, et de M. Ronnet, professeur, donnant leur démission de membres du corps enseignant.

Ces démissions sont acceptées.

M. Heidé ayant refusé de faire un jour de service supplémentaire pour remplacer M. Ronnet, démisssionnaire, M. Lemerle accepte de faire ce service momentanément.

Le conseil remercie M. Lemerle et décide que les élèves devant passer eurs examens avec le professeur démissionnaire lui seront répartis entre les deux jours de service.

3e Une lettre de M. Godon relative aux finances de l'Ecole. Cette lettre est ainsi conçue :

Monsieur et honoré confrère.

Dans votre rapport à l'assemblée générale sur les comptes de l'Ecole dentaire vous avez déclaré que vous n'aviez eu aucun détail des sommes provenant des inscriptions touchées par moi et versées au trésorier, M. Chrétien, pendant l'année scolaire 1880-81.

Dans la lettre que j'ai adressée à la dernière assemblée générale j'ai déclaré que le détail de ces sommes existait sur le 1er livre à souche des inscriptions dont ni vous, ni la commission n'auriez pas eu, paraît-il, connaissance. J'ai réclamé et recherché ce livre à souche à l'Ecole. Il était chez M. Viau. Vendredi dernier, j'y ai relevé l'extrait ci-joint en présence de M. Billebaut et de M. Verdier, extrait qui j'espère vous donnera satisfaction ainsi qu'à la commission.

Je crois donc pouvoir compter sur votre loyauté pour faire, à la prochaine séance du Conseil, une rectification sur la partie du rapport qui me concerne et lui donner la publicité équitable.

Je me tiens à la disposition de la commission pour lui fournir tous les renseignements complémentaires qui seraient nécessaires.

Veuillez agréer, monsieur et honoré confrère, l'assurance de mes sentiments confraternels.

Ch. Godon.

11 juin 1892.

Extrait du premier livre à souche d'incriptions des élèves de l'Ecole dentaire de Paris.

Du numéro 1 (4 décembre 1880) au numéro 194 inclus (5 août 1881), reçus d'inscriptions s'élevant à la somme de 6.960 francs — signés du numéro 1 au numéro 52 inclus par M. Chrétien et du numero 53 au numéro 194, simplement timbrés par le trésorier avec l'annotation au numéro 194 (5 août 1881).

« Vu et approuvé exact à ce jour. »

13 août 1881 — signé : Crétien.

Les mêmes détails des reçus d'inscriptions se trouvent reproduits sur le 1er livre des dossiers de chaque élève.

M. Gillard. — La publication *in extenso* de cette lettre fera voir une fois de plus à M. Godon combien nous cherchons à lui être agréables et à exaucer le moindre de ses désirs.

Pourtant elle n'infirme en rien le rapport de la commission, dans lequel on devrait bien ne pas chercher à lire autre chose que ce qu'il contient.

Le seul passage où il soit question de M. Godon est ainsi conçu : « M. Godon qui, à cette époque, était chargé de recueillir les inscriptions, » ne faisait que des versements mensuels de 1.000, 1 500 fr. et même » plus. »

On peut, je crois, offrir une forte récompense à qui prouvera qu'en cela le rapport est faux comme l'ont dit avec leur courtoisie habituelle quelques confrères et amis de M. Godon.

Demandes d'admission.

Le Conseil a reçu des demandes d'admission de

MM. Alexandre Hermann,	présenté par	MM. Francis Jean et Löwenthal.
Fernand Tricottet,	id.	Delaunay et Fabre.
Michel Brédare,	id.	Gardenat et Heymen-Billard.

Renvoyées au conseil de famille.

Le Conseil décide de fixer les concours pour les postes de professeurs suppléants au 2e dimanche d'octobre. M. Gillard donne connaissance de la façon dont pourraient être composés les jurys et le programme de ces concours en se basant sur les précédents.

M. Barrié, au nom de la commission des archives, informe le Conseil du classement adopté pour ces documents et de la bonne voie dans laquelle se trouve ce travail.

M. Martinier donne connaissance de l'heureux résultat du banquet offert en l'honneur de la reconnaissance d'utilité publique. Il lit ensuite deux lettres de MM. Godon et Dubois exprimant leurs regrets de n'avoir pu se rendre au banquet.

La séance est levée à 1 h. 3/4.

Séance du 19 juillet 1892.

Présidence de M. Lemerle.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents : MM. Barrié, Bonnard, Billebaut, Billet, Bertrand, Paulme, Martinier, Gillard, Touchard, Francis Jean, Denis, Viau, Löwenthal, Quincerot.

MM. Lecaudey et Pigis se font excuser.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Ollivier, rappelant sa souscription et demandant que le diplôme de membre bienfaiteur lui soit remis.

Le Conseil fera droit à cette demande.

2° Une lettre de M. Loup, qui désire lire une lettre relative au fonctionnement de la clinique.

M. Gillard fait part au Conseil de la démission de M. Bonnard comme membre de la Commission des examens.

M. Gillard informe ensuite le Conseil que M. Lecaudey, directeur de l'Ecole, demande un congé pour raison de santé.

Le Conseil renouvelle à M. Lecaudey l'assurance de son attachement le plus profond et lui accorde le congé qu'il sollicite.

M. Brodhurst, quittant Paris, envoie sa démission de démonstrateur. Cette démission est acceptée.

Admissions.

MM. D'Almen, chirurgien dentiste, D. E. D. P.
Paulet, chirurgien dentiste, D. E. D. P. sont admis de droit, sur leur demande, comme membres de l'Association

Congrès régionaux.

M. Bonnard, au nom de la Commission des congrès régionaux, demande au Conseil de ratifier la décision de cette commission concernant l'ouverture du prochain congrès dans la région du Sud-Ouest, dans la première quinzaine d'août 1893.

Adopté.

M. Touchard désire que le directeur se procure les renseignements relatifs à la représentation de l'Ecole au Congrès de Chicago.

Adopté.

Sur la proposition de *M. Lemerle*, le Conseil décide la liquidation des volumes du Congrès.

Il prend ensuite une décision portant la mise en adjudication d'un certain nombre de tours à fraiser hors de service.

M. Francis Jean est chargé de demander à M. Lecaudey les pièces que M. Godon a dû lui remettre pour la Commission des archives.

M. Denis, au nom de la Commission des examens, lit son rapport et conclut à l'admision des élèves. Ce rapport est adopté ; il sera publié dans le prochain numéro de l'*Odontologie*.

Il demande ensuite la nomination du jury de concours pour le prix de dentisterie opératoire.

M. Gillard propose que les élèves passant en octobre puissent continuer leurs carnets de clinique pendant les vacances.

Adopté.

Propositions diverses.

Le Conseil examinant l'attitude de certains membres du corps enseignant est saisi d'une proposition ainsi conçue :

Messieurs,

Un groupe de membres du corps enseignant de l'Ecole a cessé, depuis un certain temps déjà, d'apporter sa collaboration à la Société d'odontologie, Société dépendant de l'Ecole. Cette manœuvre a pour but de diminuer autant que possible la valeur scientifique de la Société.

Depuis que le journal l'*Odontologie* est passé entre les mains du Comité de rédaction que vous avez nommé, les mêmes membres ont cessé d'y collaborer. Je n'ai pas besoin de vous faire remarquer le but poursuivi, qui est toujours le même que pour la Société d'Odontologie.

Aujourd'hui, non content de rester éloigné de nos travaux, ce même groupe vient de faire paraître un journal professionnel où il est déclaré très clairement, dès les premières lignes, qu'il est destiné à remplacer l'*Odontologie*, qui, pour eux, ne représente plus l'organe où chaque membre de l'Ecole doit apporter le résultat de ses observations et de ses travaux.

Vous qui avez la responsabilité de la réputation et de l'avenir de l'Ecole, pouvez-vous supporter, sans prendre une décision énergique, cette nouvelle preuve d'indiscipline ? Si vous le faites, vous verrez rapidement péricliter l'œuvre qui a demandé tant d'efforts pour devenir ce qu'elle est aujourd'hui. Il n'est pas admissible que les professeurs qui sont à la tête de l'enseignement méconnaissent l'autorité de l'administration nommée librement par les suffrages des membres de l'Association ou tentent d'amoindrir les divers organes de la Société.

En conséquence, je viens vous proposer de charger M. le directeur de l'Ecole de signifier aux membres du corps enseignant qui font partie du Comité de rédaction de la *Revue internationale d'Odontologie* d'avoir à cesser toute collaboration à ce journal dans les quarante huit heures et, s'ils ne défèrent pas à cette injonction, de les révoquer.

Après discussion, cette proposition est adoptée à l'unanimité et le directeur de l'Ecole est chargé de la notifier aux intéressés.

Sur la proposition de *M. Bertrand*, le Conseil, considérant que M. Dubois a donné sa collaboration à un journal qui se déclare hostile à l'administration de l'Ecole dès le 1[er] numéro, que ce numéro contient justement la préface visée, que tout permet de supposer qu'il n'a pas été étranger à la fondation de cette publication, décide de l'en blâmer et de le rappeler aux convenances.

M. Francis Jean fait part au Conseil des nominations de M. Poinsot à Sainte-Anne et de M. Bonnard à l'Ecole Polytechnique.

Ces nominations honorent nos confrères autant que notre Ecole, dit-il, et c'est avec un légitime orgueil que nous devons les constater. Ce qui est à remarquer, c'est qu'autrefois ces postes n'étaient confiés qu'à des docteurs en médecine stomatologistes. Aujourd'hui ce sont des dentistes de l'Ecole et les D. E. D. P. qui sont recherchés. Il convient de les en féliciter et de nous en féliciter nous-mêmes.

La séance est levée à 11 heures 1/2.

Séance du 26 juillet 1892.

Présidence de M. GILLARD, puis de M. POINSOT.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents : MM. Poinsot, Billet, Lemerle, Paulme, Martinier, Löwenthal, Viau, Denis, Tusseau, Francis Jean, Quincerot, Billebaut, Barrié, Dr Thomas, Bonnard.

M. Gillard fait observer que c'est à lui, comme vice-président, que revient l'honneur de présider, mais que le Conseil ayant la bonne fortune de posséder M. Poinsot, président honoraire, il propose de lui céder la présidence.

Cette proposition est acceptée à l'unanimité par acclamation.

La parole est donnée à M. Loup qui, en qualité de chef de clinique à l'Ecole Dentaire de Paris, fait une communication relative au fonctionnement de la clinique.

M. Touchard ne pense pas que la proposition de M. Loup puisse être résolue par le Conseil avant l'avis préalable de la commission de l'enseignement.

M. Loup. — Il n'y a, dans ce que je propose, aucune critique sur le fonctionnement de la clinique, j'ai pensé seulement pouvoir l'améliorer.

M. Gillard demande que cette question soit renvoyée à la commision de l'enseignement.

La discussion continue entre MM. Gillard, Lemerle, Touchard, Martinier, Francis Jean, Loup.

Le Conseil remercie M. Loup de son initiative et renvoie son projet à la commission d'enseignement.

M. Bonnard donne lecture du procès-verbal de la séance du 19 juillet.

M. Lemerle fait une rectification au sujet de service supplémentaire nécessité par la démission de M. Ronnet. Il a accepté ce service et le fera jusqu'après les examens.

Le procès-verbal est adopté après cette rectification.

M. Martinier demande que le cas de M. Duvoisin soit examiné à part de celui des membres du Comité de rédaction de la *Revue Internationale d'Odontologie.*

Correspondance.

M. Poinsot donne lecture de la réponse des professeurs qui rédigent la *Revue Internationale d'Odontologie* à la mise en demeure qui leur a été envoyée par le Conseil.

Les signataires déclarent que, s'il était donné suite à la décision du Conseil,ils se verraient forcés de poursuivre par toutes les voies de droit l'infirmation de la décision prise à leur égard.

Cette lettre a été adressée une première fois à M. Lecaudey, directeur de l'Ecole ; celui-ci étant en congé avait cru devoir la refuser et la retourner à son auteur principal, lequel l'a renvoyée au Directeur, *à l'Ecole*, sous pli chargé.

Il est à remarquer que, loin de chercher l'entente, les signataires se placent de préférence sur un terrain de conflits, et pour que le doute ne soit pas possible, M. Dubois a cru devoir accompagner cette première lettre d'une seconde à l'adresse du sous-directeur dans une forme absolument insolite.

M. Gillard rappelle au Conseil la lettre qui leur a été envoyée et fait remarquer qu'ils évitent d'y répondre.

La parole est au Dr Thomas.

M. le Dr Thomas. — Il y a dans cette mauvaise affaire une question de fond, une question de droit et une question de forme.

Je suis absolument avec vous quant au fond. On n'a pas le droit de faire quoi que ce soit qui puisse porter atteinte à votre édifice social. Et justement la façon dont on a présenté ce journal porte à croire que votre organe officiel n'existe plus que de nom et que celui qu'on vient de fonder est destiné à le remplacer.

Celà est bien indiqué dans la préface qui commence par ces mots : « Après cinq mois d'interruption,........ etc., etc. » En droit, tout le monde peut collaborer, écrire où bon lui semble, mais ici est-ce bien la même chose qu'ailleurs, que dans les Facultés, par exemple ?

Vous avez, en entrant dans l'Association générale des Dentistes, une sorte de convention tacite, un même but : l'École, votre Société d'Odontologie et votre journal. Tous vos efforts doivent converger vers cet ensemble, pour les soutenir et les élever autant que possible.

Or, si tout le monde ici peut, d'une façon accidentelle, collaborer ailleurs qu'au journal de l'Association, on ne saurait soutenir que des professeurs, qui sont en même temps des fondateurs de l'Ecole, puissent se liguer pour fonder un journal concurrent parce que la majorité de l'Association ne leur a pas été favorable et, ce qui est plus grave, puiser à la clinique de l'Ecole des matériaux pour battre en brèche l'*Odontologie*, votre organe officiel.

Pour la forme, je ne suis pas tout à fait d'accord avec vous quant aux moyens à employer. Il est bien entendu pour nous tous que la position que nous avons eu le regret de voir prendre à nos collègues dans la rédaction de la *Revue Internationale d'Odontologie* est incompatible avec la conservation des fonctions qu'ils occupent actuellement à l'Ecole ; dans ce cas nous n'avons, je crois, qu'à rédiger une déclaration motivée d'incompatibilité et à considérer comme démissionnaires ceux qui passeront outre.

Vous avez un précédent, armez vous-en.

Après tout, vous ne cherchez pas à nuire à leurs personnes, et la révocation,vous le savez,est quelquefois une tache indélébile. Il suffit qu'ils sollicitent à un moment donné un poste quelconque pour qu'on leur jette à la face leur révocation.

Le moyen que je vous propose vous donnera pleine et entière satisfaction puisqu'il leur enlève la faculté de nuire à une des subdivisions de l'Association. Si vous le voulez bien, je vais vous lire un projet de mémorandum que j'ai rédigé pour faire valoir vos droits, mais avant, je dois vous avertir que, partisan des situations nettes, j'ai prévenu nos collègues que je viendrais ce soir au Conseil et leur ai indiqué ce que j'avais l'intention de faire.

M. le Dr Thomas donne lecture du *mémorandum* inséré ci-après(V. p. 409).

M. Touchard. — Vous venez d'entendre le Dr Thomas vous énumérer tous les torts des membres du Comité de rédaction de la *Revue Internationale*. Il est inutile de le féliciter, car il a parlé avec son cœur, avec sa bonne foi ordinaire ; du reste, vous vous en êtes chargés par les nombreuses marques d'approbation, les applaudissements dont vous avez souligné les principaux passages de son réquisitoire.

Il est important, comme il vous l'a dit, d'empêcher des membres de l'Association de collaborer d'une façon assidue ailleurs qu'au journal de l'Association, c'est-à-dire à l'*Odontologie*.

En ce qui concerne l'*Avenir Dentaire*, son fondateur, M. Bonnard, en entrant au Conseil, s'est bien vite rendu à notre invitation de se retirer de ce journal. C'était là un acte de discipline, de dévouement à l'Ecole et je suis heureux que nos adversaires, en quête de raisons pour expliquer leur conduite, se soient appuyés sur l'attitude de M. Bonnard en citant sa collaboration à ce journal.

Je regrette que M. Thomas n'accepte pas la révocation. Croyez-vous que ce qui vient de se passer au sujet de la communication du Dr Herbst, de ses démonstrations à l'Ecole, ne mérite pas cette peine disciplinaire pour tous ceux qui s'en sont rendus solidaires ?

Ce confrère étranger, ne connaissant pas notre langue, nous fait dans la sienne des démonstrations de dentisterie opératoire. Nous sommes obligés, pour pouvoir en rendre compte aux lecteurs de l'*Odontologie*, de faire relever par un secrétaire-rédacteur connaissant l'allemand, mais ne connaissant rien de la technique de notre art, les parties saillantes de l'intéressante communication du Dr Herbst.

Or, un de nos professeurs, ami personnel de notre confrère, était là, il prenait des notes. Tout nous permettait de croire que ces notes, prises pendant une démonstration faite dans une salle de clinique de l'Ecole et par conséquent pour l'Ecole, seraient communiquées à la Société d'Odontologie ou publiées dans le journal de l'Association. Il n'en était rien. Ce professeur, qui avait été envoyé à Brême au nom de l'Ecole près du Dr Herbst pour apprendre de lui la méthode rotative de l'aurification, jetait les bases d'un article qu'il destinait au journal qu'on venait de fonder.

Tout cela vous indique bien jusqu'à quel point on peut compter à l'avenir sur le dévouement de ces confrères à la prospérité de l'*Odontologie*. Tant qu'ils ont pu se tenir à la direction, aussi longtemps que leurs noms ont accompagné les enseignes de l'Ecole, ils ont vanté bien haut leur profond dévouement à l'institution. Aujourd'hui qu'ils n'y sont plus, que l'Association les a remplacés ici, ils partent en guerre contre elle, fondent un journal qui, espèrent-ils, fera disparaître le nôtre.

Croyez-moi, ils ont bien mérité la révocation.

Cependant, comme nous devons avant tout compte de nos actes à nos mandants, qu'il ne faut pas qu'on nous accuse de précipitation, acceptons le mémorandum avec la mesure proposée, donnons-leur de nouveau un délai, mais s'ils refusent encore, n'hésitons pas.

M. Gillard. — Je voudrais ajouter un mot qui a été oublié : c'est *concurrence déloyale.* En effet, dans tous leurs actes on trouve de la concurrence déloyale.

M. le Dr Thomas. — On peut ajouter ce que vous propose M. Gillard, mais ce qu'il faut surtout, c'est du calme. Il faut laisser de côté les impressions et ne voir que les faits, car ce document servira certainement à établir une jurisprudence spéciale dans votre Association.

M. Poinsot. — Je tiens à faire remarquer que, dans l'affaire Ramonat, il n'y avait pas que MM. Viron et Decaudin, il y avait aussi MM. Gérard et Denys.

M. le Dr Thomas. — Avant de passer au vote, je vais vous relire les considérants. (Il en donne lecture.)

Le Conseil,

Après avoir entendu la lecture du mémorandum qui sera envoyé aux professeurs et rédacteurs de la *Revue Internationale d'Odontologie*,

Considérant qu'en fondant ce journal ils portent atteinte aux intérêts de l'Association générale des Dentistes et particulièrement au journal l'*Odontologie*, dont M. Dubois a été le directeur,

Décide à l'unanimité que si, au 31 juillet 1892, MM. P. Dubois, Ch. Godon, Blocman, Chauvin, Papot, Heidé, Roy, Prével n'ont pas pris l'engagement, par écrit, de cesser toute collaboration à ce journal, ils seront considérés comme démissionnaires et devront immédiatement cesser d'exercer les fonctions qu'ils occupent à l'Ecole Dentaire de Paris.

M. Poinsot. — Vous savez que je viens d'être nommé officiellement dentiste de l'hospice Sainte-Anne; je voudrais que vous me donnassiez, pour perfectionner mon service, quelques étudiants sur lesquels je pourrais être sûr de compter.

De plus, je vous demanderai aussi que les externes soient reçus ici pour y être soignés, car j'espère ainsi faire figurer l'Ecole dans la statistique annuelle pour les soins qu'elle leur aura donnés.

Accordé.

M. Touchard annonce au Conseil que le ministre de l'Intérieur vient de le charger, d'une mission en Angleterre pour étudier l'organisation des Ecoles Dentaires dans ce pays.

La séance est levée à minuit.

Le secrétaire des séances,
E. BONNARD.

MÉMORANDUM

ADRESSÉ PAR LE

CONSEIL DE DIRECTION DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

A

MM. Blocman, Chauvin, Dubois, Godon, Heidé, Papot, professeurs, Prével et Roy, chefs de clinique.

Messieurs,

Les élections du mois de janvier 1890 avaient eu pour conséquence de créer un antagonisme irréductible entre les membres du Conseil de Direction, divisés alors en deux partis de force à peu près égale. Nous avions espéré que les élections de janvier 1892 mettraient fin à cet état de choses et que les membres de l'Association, réunis en assemblée générale, jugeraient le différend sans appel en se prononçant soit pour un parti soit pour un autre. La consultation vous a été défavorable. Par malheur, la tranquillité et l'apaisement que nous espérions ne se sont pas produits. Il existe toujours un parti influent, formé par les membres de l'ancienne Administration, faisant tous ou à peu près partie du corps professoral. Ce parti, organisé, discipliné, très uni, prétend exercer une pression morale, qu'il s'est efforcé à plusieurs reprises de rendre effective, sur les décisions de l'Administration régulière, de telle sorte qu'à l'heure actuelle il existe dans l'Ecole deux corps organisés rivaux: un Conseil de Direction élu, visible, responsable, et une Commission de censure dont les décisions ne relèvent de personne, dont les moyens d'action sont parfois très puissants, sans être prévus par aucun règlement ni par aucun statut.

Nous sommes persuadés, messieurs, que vous trouverez comme

nous que cet état de choses anormal a déjà trop duré, qu'il est essentiellement funeste à la discipline de l'École et à la prospérité de l'Association. Il faut absolument que la seule autorité reconnue par nous tous, celle que confère l'élection, soit libre de ses actes, qu'elle puisse affronter la responsabilité qu'elle encourt sans qu'aucune entrave permanente s'oppose à son action.

Il n'y a que deux moyens pour atteindre ce but :

1° Une reconnaissance formelle, loyale, entière, de l'état de choses établi de la part des membres de l'ancienne Administration. Dans l'état présent des esprits, nous avons de moins en moins à compter sur cette solution, qui serait pourtant désirable entre toutes ;

2° Une séparation par suite de laquelle les membres de l'ancien Conseil reprendront leur complète liberté d'action et ne se trouveront plus dans cette situation singulière de fonctionnaires en état d'opposition ouverte contre l'Administration dont ils ont reçu l'investiture.

Mais si la séparation a lieu, il faut que cette séparation soit digne de vous et de nous, il faut que notre conduite soit claire et intelligible, qu'il ne reste ni sous-entendu ni malentendu, qu'un acte auquel nous sommes amenés des deux côtés par la logique fatale des faits ne puisse jamais être interprété par personne comme un acte de vengeance ou d'oppression tyrannique de notre part. C'est à nous, représentants officiels des intérêts de l'Association et de l'autorité qu'elle confère, d'établir nettement la situation et de faire en sorte que l'équité et la légalité des mesures qui pourront mettre fin au conflit actuel ne puissent jamais être mises en doute par un homme impartial qui examinera de bonne foi les faits.

Permettez-nous de vous dire, messieurs, qu'une grande partie des difficultés en présence desquelles, vous et nous, nous nous trouvons, tiennent à ce que vous n'avez jamais compris complètement le sens du vote du mois de janvier 1890. Ce vote a fait entrer au Conseil un certain nombre de nos confrères qui n'avaient pas la confiance de la plupart d'entre vous, et, circonstance aggravante, ils avaient battu en entrant un certain nombre de vos amis personnels ou du moins de candidats qui étaient *personæ gratæ* près de vous. Vous avez considéré l'élection dans son ensemble comme le résultat d'une surprise, de brigues habilement conduites que vous n'avez même pas essayé de déjouer. Les nouveaux élus étaient de simples intrus avec lesquels il n'était pas possible de s'entendre ; la majorité, une majorité de rencontre, assoiffée de pouvoir et parfaitement au-dessous de la situation que le hasard lui avait donnée.

Cette idée était absolument et radicalement fausse. S'il n'y avait eu dans l'élection de janvier 1890 qu'un malentendu, si vous n'aviez eu devant vous que des individualités remuantes, marchant au hasard, sans autre orientation que leurs intérêts personnels, vous pouvez être certains que la majorité des membres de l'Association vous serait vite revenue, qu'une élection aurait effacé jus-

qu'aux moindres traces de ce que l'élection précédente avait fait. Au lieu de cela, plus on est allé, plus vous avez perdu d'adhérents: des gens qui avaient toujours été vos amis personnels, qui n'avaient aucun intérêt à s'éloigner de vous, dont la justice et l'intégrité ont toujours été appréciées hautement par tout le monde, comme notre vénéré Directeur, M. Lecaudey, sont venus spontanément vers nous.

Nous le répétons, messieurs, il y avait dans l'élection de 1890 quelque chose que vous n'avez pas su ou que vous n'avez pas voulu y voir: il y avait un rappel au statut fondamental de notre Association et une affirmation de l'indépendance des électeurs.

Le statut fondamental, vous le connaissez mieux que personne, car vous avez contribué plus que personne à l'élaborer; l'élection est la base de tout. Or, messieurs, il est impossible d'admettre la pérennité pour des fonctions électives. Déclarer qu'une fonction sera conférée à l'élection et que le même individu pourra exercer cette fonction pendant une période illimitée et indéfinie, c'est énoncer un contre-sens et tenter d'associer deux choses qui s'excluent.

Les plus actifs et les plus populaires d'entre vous ont occupé pendant douze ans de suite les principales fonctions de l'Ecole et de l'Association. Leur remplacement, qui eût dû paraître légitime et naturel comme conséquence du jeu régulier des institutions, a été considéré, par vous-mêmes et par la plus grande partie de vos adhérents, comme un véritable coup d'Etat. Si les mêmes fonctionnaires étaient restés dix ans de plus en place, ils seraient devenus *de facto* inamovibles et leur remplacement aurait eu le caractère d'une véritable révolution. Qu'était-il résulté de ce long exercice du pouvoir? Une sorte de convention tacite entre les électeurs des assemblées générales et les fonctionnaires devenus quasi permanents par des réélections successives. C'étaient eux qui donnaient les indications que suivaient presque toujours docilement les assemblées. Le Conseil de Direction devenait un corps hybride, ressemblant plus à ces conventicules de fonctionaires qu'on appelle *Magistrat* dans les villes allemandes qu'aux Conseils municipaux élus des communes françaises. La constitution de la Société est foncièrement démocratique et on s'acheminait, tout doucement, vers un état d'oligarchie, qui n'aurait pu durer qu'en présence de l'indifférence complète des dentistes pour les affaires de la corporation. Les institutions auraient gardé en apparence leur caractère original, mais elles auraient été radicalement faussées. L'élection de 1890 marqua la première phase du réveil; ce fut le signal d'alarme que vous n'avez pas voulu entendre.

Mais indépendamment de ces considérations d'ordre général que tout le monde comprenait, que tout le monde sentait, sans les formuler en termes précis, il y en avait d'autres moins élevées, plus objectives, mais suffisantes pour légitimer un changement de personnes.

Le Conseil n'est pas seulement chargé de la direction de l'Ecole, c'est aussi le Conseil exécutif de l'Association générale; c'est lui

qui parle en son nom et agit pour elle dans toutes les affaires de politique professionnelle. Depuis plusieurs années, la question de l'organisation administrative de la profession de dentiste a été l'objet de la préoccupation des pouvoirs publics et des groupes professionnels. Il existait au sujet des meilleures mesures à prendre deux opinions tranchées et dont l'une excluait l'autre :

1° La profession de dentiste doit rester ouverte et régie par les seules lois du droit commun ;

2° La profession de dentiste doit être régie par une loi spéciale ou analogue à celles qui régissent l'exercice de la médecine et de la pharmacie en France.

Cette dernière doctrine était celle du Gouvernement. L'ancien Conseil eut le tort de n'adopter nettement ni l'une ni l'autre manière de voir. La majorité des membres de l'Association — ils l'ont prouvé depuis, — étaient favorables à la réglementation. On ne se prononça ni pour elle ni contre elle. On se présenta devant les pouvoirs publics sans avoir une ligne de conduite tracée à l'avance et qu'on devrait suivre sans déviation aucune : c'était le plus sûr moyen de n'être jamais écouté, de n'avoir aucune influence devant le pouvoir exécutif et le pouvoir législatif. Il suffit de relire les procès-verbaux de cette époque, les documents publiés, pour constater combien l'incertitude que nous signalons était réelle. Un des membres les plus influents du Conseil publia un rapport très étudié, très intéressant, très bien fait ; mais ce rapport ne préconisait nettement ni une solution ni une autre : c'était un document historique d'une grande valeur, rien de plus. Le Conseil de Direction ne pouvait guère prendre une attitude décisive, car il existait des divisions profondes entre ses membres au point de vue de la doctrine législative à adopter. Quelques-uns se résignaient à la réglementation, d'autres l'approuvaient, d'autres — et ce n'étaient ni les moins influents ni les moins ardents ni les moins énergiques — rejetaient le principe adopté par le gouvernement et se plaçaient franchement sur le terrain de l'opposition légale. Il y avait là des forces qui se polarisaient et il était impossible d'attendre d'une assemblée ainsi divisée l'unité d'action indispensable, à ce moment surtout, dans la direction de la politique professionnelle. Les élections de 1891 et de 1892 ont mis fin à cet état de choses en faisant entrer au Conseil une majorité de membres absolument d'accord sur le principe de la réglementation, l'admettant au même titre que le gouvernement et décidés à intervenir énergiquement pour que la loi projetée fût équitable et appliquable.

Donc, messieurs, pas d'équivoque. Personne n'a le droit de dire que les élections qui ont porté au pouvoir ceux qui l'occupent aujourd'hui ont été faites au hasard sur des questions de personnes, en dehors de tout principe et de toute raison valable. Ces élections ont affirmé, d'une part, que les fonctions conférées par l'Association générale ne pourraient pas être à l'avenir occupées pendant une période trop longue par les mêmes personnes, quel que fût leur mérite, et par leurs clients ; d'autre part, que l'Association était

ralliée en principe à la réglementation et que sa politique devrait être orientée dans ce sens.

Si vous aviez admis cette manière de voir, bien des difficultés eussent été évitées ; malheureusement vous n'avez jamais vu et vous ne voyez encore parmi nous que des adversaires personnels, détenteurs du pouvoir par une équivoque et à titre intérimaire. Vous considérez l'époque actuelle comme un interrègne dont vous voulez hâter la fin. Avant et depuis le mois de janvier, votre conduite à notre égard s'est toujours ressentie de l'opinion peu flatteuse et passionnée que vous avez de nous. C'est ainsi que vous ne craignîtes pas de compromettre une solennité à laquelle nous attachions d'autant plus d'importance — la séance de réouverture des cours en novembre 1891, — que nous avions sollicité d'en accepter la présidence une haute personnalité représentant le gouvernement sur une question qui intéresse le corps professionnel tout entier, la réglementation. Nous voulons parler de votre démarche auprès de M. Monod, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au Ministère de l'Intérieur, pour l'empêcher d'accepter cette présidence au dernier moment et nous mettre dans l'embarras. L'indignation que cette démarche a soulevée, les conséquences qu'elle a entraînées nous dispensent d'insister davantage.

S'il y a un terrain neutre, c'est celui de la science ; s'il y a des réunions où nous puissions nous rencontrer et travailler de concert, ce sont celles de la Société scientifique. Vous avez organisé la grève scientifique. A partir de 1891, vous avez cessé de vous intéresser aux travaux de la Société et même d'assister à ses séances. Après la grève scientifique, vous avez tenté et vous tentez encore d'organiser la grève pédagogique. Nous assurons le service des extractions à l'anesthésie qui ne s'était plus fait depuis bientôt deux mois ; tenant compte des convenances du médecin chargé de ce service, nous prenons le mardi comme jour d'anesthésie. Cet acte si simple, si naturel, conforme aux habitudes administratives, conforme aux précédents existant à l'Ecole, fut considéré par vous tous comme un attentat à la dignité et aux privilèges de M. Ronnet ; il parla de révocation déguisée, écrivit une lettre irritée à notre honorable Directeur, et la question fut portée à deux reprises différentes au Conseil. Nous vous le demandons, messieurs, est-ce que l'administration est possible quand de pareils incidents, de pareilles complications sont soulevés à propos d'un acte aussi simple, lorsque tout aurait pu être évité par une explication amiable de deux minutes avec n'importe lequel d'entre nous ? Pas un de nous n'aurait songé à le désavouer s'il avait déclaré purement et simplement à M. Ronnet qu'il faisait preuve d'une susceptibilité exagérée et que ni le directeur, ni le sous-directeur ni le Conseil n'avaient jamais eu même la pensée de formuler un blâme ou de manifester une défiance à son égard.

Après l'incident des cours d'anesthésie vint celui de la Commission des finances. Vous avez parlé les premiers de comptabilité,

vous nous avez fait entrevoir des difficultés et de grosses responsabilités ; vous avez laissé entendre, comme toujours, que nous étions au-dessous de notre tâche et que la suite le prouverait. N'étions-nous pas ainsi mis en demeure d'établir la situation exacte, de montrer l'état précis de nos finances, de mettre nos mandants, autant qu'ils peuvent l'être, au courant du jeu de nos écritures, de manière à pouvoir dire un jour : « Voilà ce que nous avons trouvé et voilà ce que nous vous laissons ? » N'était-ce pas votre rôle et votre devoir de nous aider à établir cette situation ? Nous nous sommes adressés à celui d'entre vous que nous supposions le plus capable de nous éclairer, à M. Ronnet, l'ex-trésorier. Il ne nous a pas même répondu ! Devions-nous donc aller en suppliants de M. Ronnet à M. Papot, de M. Papot à M. Godon et leur demander avec toute l'humilité imaginable : « Des renseignements, mes bons messieurs, de pauvres petits renseignements, s'il vous plaît, pour des aspirants comptables en détresse ! » Jamais une Commission régulièrement nommée par un corps librement élu n'acceptera de gaîté de cœur un pareil rôle. Nous avons fait en 1892 ce que vous aviez fait en 1884 ; nous avons confié à des experts comptables le soin de vérifier les écritures et nous avons publié le résultat de leur vérification. Avons-nous même songé, comme vous avez l'air de le croire, à vous accuser de concussion et de péculat ? Avons-nous dit : « Nous savons de source certaine qu'il est entré des sommes dont on ne trouve pas de traces dans vos écritures ; il a été fait des dépenses sans justification possible ? » Nous n'avons ni dit ni laissé entendre rien de pareil, parce que rien ne nous autorisait à le dire. Voilà pourtant comment on doit s'exprimer lorsqu'on accuse des fondés de pouvoirs, lorsqu'on incrimine leur honorabilité, lorsqu'on réunit les éléments d'une poursuite et d'une revendication juridique, la seule terminaison logique de pareils conflits.

En vérité, messieurs, quoi que vous puissiez faire, vous ne réussirez jamais à faire croire à personne que nous avons voulu jeter la déconsidération sur vous, faire oublier vos services en laissant planer un soupçon sur la régularité et la probité de votre gestion financière.

Les gaucheries de comptabilité relevées par nous, expliquez-les donc une bonne fois et tout sera dit, nous serons les premiers à vous applaudir si vos explications sont satisfaisantes. Si jamais vous voulez raconter la véridique histoire de cet étonnant débat financier, croyez-nous, messieurs, commencez ainsi : « Il y avait une fois au Conseil de Direction de l'Ecole dentaire une bande de méchants garçons qui ne comprirent pas à première vue une comptabilité faite par des gens qui n'étaient pas des comptables. Ils demandèrent des explications. On leur rit au nez et on ne leur expliqua rien.

» Ils eurent l'audace de relever ce qu'ils n'avaient pas compris et de l'imprimer en toutes lettres.

» A-t-on jamais vu perfidie pareille ?

» Pour les pulvériser nous nous expliquâmes ; ils ne furent pas

pulvérisés et ils comprirent : c'est le comble de l'abomination ! »

Nous avons passé en revue assez de faits, relaté assez d'incidents pour avoir prouvé jusqu'à l'évidence ce que nous avons déjà indiqué : nous ne sommes pas pour vous des adversaires politiques, nous sommes des adversaires personnels, nous ne luttons pas pour une idée, pour des principes, nous luttons pour des intérêts mesquins et inavouables ; nous sommes une bande d'intrigants sans envergure et sans loyauté vis-à-vis desquels on ne peut garder qu'une seule attitude, l'attitude défensive. Or le meilleur moyen de se défendre, c'est d'attaquer toujours, partout, avec toutes les armes dont on dispose.

Nous avons été singulièrement naïfs quand nous avons espéré que vous pourriez consentir un jour à partager avec nous le pain et le sel. En avons-nous fait des démarches officielles et officieuses pour amener MM. Godon et Dubois, vos deux représentants les plus autorisés, au banquet annuel de l'Association ! Tout cela était bien inutile. Comment voulez-vous rallier des gens persuadés de la meilleure foi du monde que votre principale préoccupation est de les faire passer pour des voleurs ! Nous croyons bien que ces messieurs se sont demandé si nous n'introduirions pas subrepticement, dans un des coins de la salle du festin, une bande de sicaires armés de poignards et d'espingoles, si nous ne verserions pas en sourdine dans le verre de Champagne obligatoire quelques gouttes du poison perdu des Borgia.

Votre dernière marque de défiance, la plus grave de toutes, celle qui nous oblige à mettre fin, par la mesure que vous choisirez vous-mêmes, à cette lutte obsédante de dix-huit mois, c'est la création de la *Revue internationale d'Odontologie*. Après l'échec de M. Dubois aux élections de janvier, nous cherchâmes un procédé qui nous permît de le conserver comme rédacteur en chef de l'*Odontologie*, qu'il avait dirigée fort bien, dirigée même presque depuis sa fondation. Des pourparlers furent engagés sur les bases suivantes: M. Dubois, rédacteur en chef, est chargé exclusivement et sans contrôle de la partie scientifique et technique du journal. Pour la partie politique, qui doit représenter essentiellement les idées de la majorité de l'Association, un comité de cinq membres, pris dans le Conseil de direction, lui est adjoint ; une place à déterminer sera réservée aux actes administratifs qui lui seront communiqués par le président de l'Association. Y avait-il dans ces propositions quelque chose de blessant et d'inacceptable ? Manquions-nous d'égards à un collaborateur méritant et qui nous avait rendu de grands services? Pourtant, M. Dubois rompit les pourparlers avec une brusquerie et une sécheresse inexplicables en toute autre circonstance. Son attitude ne signifiait qu'une chose: qu'il ne voulait avoir rien de commun avec des gens qui n'avaient ni son estime ni sa confiance. Il s'est plaint amèrement que les colonnes du journal lui aient été fermées pour faire ses adieux à ses lecteurs. Cette lettre d'adieux, dont nous aurions méchamment refusé l'insertion, nous l'attendons encore.

Et pourtant l'*Odontologie* ne doit rien perdre de son importance: c'est notre meilleur instrument de vulgarisation scientifique, c'est le miroir fidèle de nos travaux, de nos aspirations. Tel nous l'avons reçu, tel nous voulons le rendre. M. Godon l'a dit naguère: « Nous y tenons comme à la prunelle de nos yeux. »

Eh bien, messieurs, cet organe que vous avez fondé vous-mêmes, dont vous vous êtes servis, qui a été le principal instrument de votre notoriété scientifique, vous essayez aujourd'hui de le ramener à des proportions même plus modestes que le *Bulletin du Cercle des dentistes*. Après la grève scientifique, la concurrence sur le terrain de la presse périodique; la série est complète! La *Revue internationale d'Odontologie*, ayant pour rédacteur en chef M. Dubois, professeur à l'Ecole dentaire, pour secrétaire de la rédaction M. Maurice Roy, chef de clinique à l'Ecole dentaire, pour membres du comité de rédaction, MM. Blocman, Chauvin, Godon, Heidé, Papot, professeurs à l'Ecole dentaire, Prével, chef de clinique à l'Ecole dentaire, est un organe destiné à recueillir à courte échéance la succession de l'*Odontologie* dont la disparition, du moins comme organe scientifique, est imminente depuis que, selon vous, elle est tombée en des mains indignes. Vous avez bien pris vos précautions pour que la substitution se fasse sans bruit, pour que les lecteurs ne s'en aperçoivent même pas.

La disposition est la même.

Le texte est le même.

La justification est presque la même.

Les ressources, vous l'espérez du moins, seront en partie les mêmes, car M. Dubois a eu le temps de connaître son public; il espère qu'il le suivra. Il a eu le temps de nouer, pour le compte du journal de l'Association, des relations d'affaires avec les principaux fournisseurs pour dentistes qui disposent des annonces.

Par votre comité, vous enlevez une grande partie de la collaboration scientifique de l'*Odontologie*; la considération dont elle a joui jusqu'à ce jour sera sérieusement ébranlée par ces désertions. Vous espérez bien que les observations les plus intéressantes de la clinique, les communications les mieux faites de la Société d'Odontologie passeront du journal de l'Association à la *Revue*. On l'a bien vu pour celle de M. Herbst; son traducteur, M. Heidé, vous l'a portée, tandis que nous, nous n'avons eu qu'un résumé succinct. C'est la concurrence avouée, absolue, dans tout ce qu'elle a de plus caractéristique; c'est la concurrence à un journal impersonnel, appartenant à une Association professionnelle, organisée par des membres de cette Association qui occupent les fonctions les plus respectées dont elle dispose. Quel que soit votre succès et quoi qu'il arrive, vos défiances ont trouvé cette fois une arme puissante, car vous causerez certainement un préjudice moral et un préjudice matériel à la collectivité dont vous êtes membres. Vous diminuerez, autant que vous le pourrez, la considération dont jouit son principal organe. Le premier coup est déjà porté. Vous l'avez dit vous-mêmes dans votre préface: « Vous reprenez la tâ-

che que vous avez continuée dans l'*Odontologie* pendant dix ans. » Ne dirigeant plus ce journal, vos efforts iront d'un autre côté.

Votre droit, messieurs, est indiscutable et nous ne songeons pas à vous le contester. Vous pouvez développer vos idées où vous voulez, comme vous voulez, ce sont là vos affaires personnelles dans lesquelles nous n'avons pas à nous immiscer. Un professeur de l'Ecole dentaire de Paris a le droit d'enseigner partout où il le juge convenable, même dans les écoles dentaires rivales ; c'est un droit inaliénable, imprescriptible. Cela n'empêche pas, messieurs, que le jour où des professeurs de l'Ecole dentaire de Paris ont manifesté l'intention d'user de ce droit, vous les avez mis en demeure de choisir entre vos concurrents et vous. Et, en cela, vous agissiez sagement, dans l'intérêt même de l'établissement que vous dirigiez. Ce fut un triste jour sans doute que celui où MM. Ramonat, Viron, Decaudin, Denys et Gérard passèrent de l'Ecole de la rue Richer à l'Ecole de la rue de l'Abbaye. Mais la lutte pour l'existence a des nécessités impitoyables, et, vous trouvant en face de celles-là, vous avez dû prendre une décision pénible, mais vous l'avez prise comme vous deviez le faire, en hommes qui ont conscience des devoirs qui leur incombent.

Vous admettrez comme nous, messieurs, nous en sommes persuadés :

Que l'*Odontologie* a été regardée jusqu'à présent comme un organe indispensable à la prospérité de l'Ecole et de l'Association générale ;

Que tout ce qui peut porter atteinte à la prospérité morale et matérielle de ce journal porte atteinte, par contre-coup, à la prospérité morale et matérielle de l'Ecole ;

Qu'un journal de même ordre créé sur le modèle de l'*Odontologie*, rédigé par des professeurs de l'Ecole, s'adressant au même public que lui, doit nécessairement diminuer dans une proportion ou une autre sa considération et sa prospérité matérielle.

Permettez-nous, alors, de vous adresser une dernière question. Croyez-vous que l'Administration d'une école libre puisse admettre qu'une partie de ses professeurs forment une sorte de coalition dans le but avoué de porter préjudice par la concurrence à un organe qui a toujours servi et qui doit toujours servir à la prospérité de cette Ecole ?

Nous ne doutons pas de votre réponse, messieurs, car, malgré vos défiances invincibles et vos préventions contre nous, nous n'avons jamais cessé de vous considérer comme des hommes d'une réelle valeur qui raisonneront juste toutes les fois que la passion ne les aveuglera pas.

Pour nous, nous nous considèrerions véritablement comme indignes de nos électeurs si nous regardions avec indifférence le dernier épisode de votre campagne contre nous. Il fallait vous en prendre seulement à nos personnes, nous nous serions défendus comme nous aurions pu ; vos attaques remontent jusqu'à l'institution : nous n'avons plus le droit de déserter la lutte.

Vous avez fait une déclaration de concurrence dans la préface de la *Revue internationale d'Odontologie*; nous vous répondons par une déclaration d'incompatibilité.

En conséquence,

Le Conseil de direction de l'École dentaire,

Vu la teneur et la disposition du journal professionnel, intitulé *Revue internationale d'Odontologie*;

Vu la préface dudit journal indiquant clairement qu'il a été créé pour faire concurrence à l'*Odontologie*, journal officiel de l'Association et de l'Ecole;

Vu la nécessité dans laquelle se trouve le Conseil de veiller à ce que rien ne puisse diminuer, à aucun titre que ce soit, la prospérité matérielle ou nuire à la considération de l'Ecole et des institutions qui s'y rattachent;

Considérant:

1° Que la création d'une *Revue*, sur le modèle de l'*Odontologie*, et destinée à lui faire concurrence, doit porter moralement et matériellement préjudice à ce journal;

2° Que MM. les professeurs prennent tacitement l'engagement de s'abstenir, tant qu'ils sont en possession de leurs fonctions, de tout acte, manifestation ou démarche de nature à porter atteinte à la prospérité de l'Ecole et des institutions qui s'y rattachent;

Déclare,

Qu'il y a incompatibilité entre les fonctions de professeur, chef de clinique, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris et les qualités de rédacteur en chef, secrétaire de la rédaction, membres du comité de rédaction ou autres du même ordre du journal intitulé *Revue internationale d'Odontologie*.

En conséquence, MM. Blocman, Chauvin, Dubois, Godon, Heidé, Papot, Prével et Roy sont invités à envoyer au Conseil une déclaration écrite de renonciation à toute collaboration au journal ci-dessus indiqué.

Dans le cas où cette formalité ne serait pas remplie avant le 1er août au soir, dernière limite, MM. Blocman, Chauvin, Dubois, Godon, Heidé, Papot, Prével et Roy seront considérés comme démissionnaires et cesseront, de plein droit, de faire partie du corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris, sans préjudice d'action judiciaire ultérieure, si on le juge convenable, relativement à la nature de la concurrence déloyale faite à l'*Odontologie* par la *Revue internationale d'Odontologie*.

Séance du 2 août 1892.

Présidence de M. Gillard, vice-président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents : MM. Lemerle, Billebaut, Martinier, Touchard, Löwenthal, Barrié, Quincerot, Bonnard, Francis Jean, Bertrand, Paulme.

MM. *Lecaudey* et *Billet* sont excusés.

Après l'adoption du procès-verbal de la séance du 26 juillet, le Conseil décide qu'il sera imprimé à part, ainsi que celui de la séance présente, puis envoyé à tous les membres de l'Association.

Correspondance.

M. D'Almen, D. E. D. P., pose sa candidature à un poste de démonstrateur.

M. Heidé, professeur à l'Ecole, demande un congé.

Il sera statué sur sa demande quand le Conseil aura décidé des mesures disciplinaires à appliquer aux professeurs qui ont fondé la *Revue Internationale d'Odontologie*.

M. Grumber, ancien élève à l'Ecole dentaire de France, demande à entrer à l'Ecole en 3e année.

Le Conseil ne fait pas droit à sa demande.

Le *Dr Levrier* est admis, en vertu des règlements de l'Ecole, à passer ses examens de fin de 2e année.

L'ordre du jour appelle la délibération sur les mesures disciplinaires à appliquer à certains professeurs.

M. Gillard donne connaissance de la réponse au mémorandum envoyée au Conseil par MM. Dubois, Godon, Prével, Roy, Blocman, Heidé, Chauvin et Papot. Ils prétendent avoir le droit de publier la *Revue* et dénient au Conseil celui de leur retirer leurs fonctions à l'Ecole. Ils déclarent en outre que la date assignée dans le mémorandum ne leur a pas donné le temps d'y répondre.

M. Francis Jean considère cette réponse comme une fin de non-recevoir. Il regrette que le Conseil soit revenu sur un premier vote en prolongeant le délai primitivement fixé à quarante-huit heures. Il estime que le Conseil est assez éclairé par les discussions antérieures et qu'il n'y a pas lieu d'y revenir ; il demande qu'on passe au vote.

M. Martinier demande le scrutin secret.

MM. Francis Jean, Barrié et Quincerot combattent cette proposition.

Vu l'unanimité de sentiment de l'assemblée sur cette question, le Conseil passe outre et le vote secret est décidé.

Le Conseil,

Après avoir entendu la réponse de MM. Dubois, Godon, Prével, Roy, Heidé, Blocman, Chauvin et Papot au mémorandum des griefs exposés contre eux,

Considérant qu'ils refusent de cesser leur collaboration à la *Revue Internationale d'Odontologie* et que cette collaboration est de nature à nuire au journal officiel de l'Ecole, en raison de leur situation dans le corps enseignant,

Convaincu d'avoir fait preuve d'un vif désir d'entente en prolongeant jusqu'au 31 juillet le délai qui leur avait été fixé,

Après avoir entendu de nouveau la lecture du mémorandum,

Pénétré de ses devoirs pour la défense des intérêts de l'Association,

Prend la décision suivante :

MM. Dubois, Godon, Prével, Roy, Heidé, Blocman, Chauvin et Papot sont considérés comme démissionnaires. Ils devront cesser, à partir de ce jour, d'exercer toutes les fonctions qu'ils occupent à l'Ecole.

Cette décision est votée, au bulletin secret, à l'unanimité.

M. Lemerle demande que les examens de dentisterie opératoire soient reportés du 1er au 16 octobre inclusivement. La pratique serait remise du lundi 17 au lundi 24. Il demande, en outre, qu'un concours soit ouvert pour pourvoir aux vacances qui viennent de se produire par suite de la destitution de quelques membres du corps enseignant.

M. Bonnard. — Avant que le Conseil statue sur la proposition de M. Lemerle, concernant l'ouverture des concours, je vous propose d'ajouter au règlement l'article additionnel suivant:

Nul ne peut être candidat à aucun des concours ouverts à l'Ecole et dispensaire dentaires de Paris s'il a déjà encouru de la part de l'Administration de l'Ecole ou des écoles similaires des peines disciplinaires ayant occasionné la révocation ou le retrait d'emploi par la démission d'office.

Adopté.

M. Gillard. — Je vais mettre aux voix la prorogation des dates d'examens de dentisterie opératoire qui devront commencer le 1er octobre pour se terminer le 24 inclusivement.

Adopté.

M. Touchard propose d'ajouter après le mot *Ecole* ceux *de chirurgie*, dans le titre de l'Ecole, qui serait ainsi: *Ecole de chirurgie et dispensaire dentaires de Paris.*

Renvoyé à la commission d'utilité publique.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le secrétaire des séances,
E. Bonnard.

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

CONCOURS POUR DEUX PLACES DE PROFESSEURS SUPPLÉANTS : 1° D'ANATOMIE ; 2° DE PATHOLOGIE DENTAIRE

Art. 1. — Le Conseil de direction décide l'ouverture d'un concours pour la nomination de deux professeurs suppléants pour les cours suivants :

1° Anatomie dentaire;
2° Pathologie dentaire.

Art. 2. — Ce concours aura lieu le 3e dimanche d'octobre.

Jury.

Art. 3. — Le jury du concours se composera de trois professeurs tirés au sort, dont deux docteurs, et le concours aura lieu en présence du directeur de l'Ecole et d'un délégué du Conseil.

Epreuves.

Art. 4. — Le concours se composera :

1° D'une épreuve écrite sur un sujet pris dans le programme de la section choisie par le candidat, à traiter en trois heures sans s'aider de livres ou de notes et tiré au sort dans une série de huit questions qui seront portées à la connaissances des candidats 8 jours à l'avance ;

2° D'épreuves orales

En anatomie dentaire :

Anatomie descriptive et topographique de la face, non compris la cavité orbitaire et son contenu, de la cavité buccale y compris la langue, du voile du palais, du pharynx, des cavités nasales et de toute la région sus-hyoïdienne.

Fonctions du facial, du trijumeau, du grand hypoglosse, du glosso-pharyngien.

Rôle physiologique des différents organes renfermés dans la cavité buccale ; insister sur leur rôle dans la digestion, la gustation et la phonation.

Anatomie du système dentaire d'après le programme du cours d'anatomie et de physiologie dentaire de 3e année.

Application des notions d'anatomie sus-indiquées :

a) Aux recherches médico-légales ;

b) Aux classifications anthropologiques.

3° D'une épreuve pratique

En anatomie :

Reconnaissance de dents humaines ou animales.

Déterminer une ou plusieurs dents humaines, leur siège exact, à quelle dentition elles appartiennent. Indiquer l'âge du sujet et les affections qui ont pu l'atteindre.

En pathologie dentaire :

Programme du cours de pathologie et affections du système dentaire.

En pathologie :

Examen d'un malade pendant 15 minutes en présence d'un membre du jury, leçon d'une demi-heure sur ce malade pour exposer les résultats de l'examen, étiologie, diagnostic, marche, pronostic, indications thérapeutiques.

4° De deux cours faits *oralement* (en pouvant s'aider de notes) pendant 3/4 d'heure sur un sujet donné par le jury, puis dans le programme de la section choisie par le candidat après deux jours de préparation chez lui.

Classement.

Art. 5. — Le classement des candidats sera établi par le nombre de points obtenu, dont le maximum est :

Pour la composition écrite trente points	30
— l'épreuve orale vingt	20
— — pratique vingt	20
— le cours quarante	40
— les titres des candidats trente	30
	140

A la fin de chaque séance, le jury annonce le nombre des points obtenus par les candidats.

Le minimum des points est fixé à quatre-vingt-quatorze ; l'obtention de ce minimum n'entraîne pas la nomination du candidat.

Titres des candidats.

Art. 6. — Le jury tiendra compte des titres des candidats dans les conditions suivantes :

Diplômé d'une école française ou étrangère, grades en médecine ou en pharmacie dans une école française ou étrangère, grades en science.

Démonstrateur d'une école française ou étrangère, durée de la fonction.

Chef de clinique d'une école française ou étrangère, durée de la fonction.

Professeur suppléant d'une école française ou étrangère, durée de la fonction.

Travaux scientifiques.

Les points attribués aux candidats pour leurs titres seront fixés dès le début du concours, avant la première épreuve.

Nomination.

Art. 7. — La nomination sera décidée et proclamée par le Conseil de direction de l'Ecole qui se prononcera d'après les rapports admis par le jury du concours.

Conditions.

Art. 8. — Etre âgé de trente ans au moins, être Français, jouir de ses droits civils et politiques, n'avoir subi aucune peine disciplinaire grave dans une école dentaire ou établissement similaire. Le jury est seul juge de ces conditions.

Avoir fait acte de candidature huit jours au moins avant l'ouverture du concours par une demande écrite contenant l'énumération des titres et qualités, l'engagement de satisfaire aux obligations inhérentes au poste faisant l'objet du concours, le tout accompagné de pièces justificatives et de l'indication de la section dans laquelle le candidat se présente.

Fonctions.

Art. 9. — Les profeseurs suppléants remplacent les professeurs titulaires en cas d'absence.

Ils sont à la disposition de l'Ecole pendant une période de cinq années à partir de leur admission.

Lorsqu'ils remplacent les professeurs titulaires pendant plus d'un mois, ils touchent l'indemnité allouée à ces derniers.

Lorsqu'un poste de professeur titulaire devient vacant, le Conseil de direction choisit pour l'occuper parmi les professeurs suppléants. Le professeur suppléant chargé du cours dans ces conditions ne prendra le titre de professeur titulaire que s'il possède au moins cinq ans de grade.

Dans le cas contraire, il conservera le titre de *professeur suppléant chargé de cours* jusqu'à ce qu'il remplisse les conditions exigées par ce règlement.

Art. 10. — Les professeurs suppléants pourront être chargés par le Conseil de direction d'exercer temporairement les fonctions de professeurs suppléants de clinique.

Toutes les séances et opérations du jury sont publiques.

MISCELLANEA

I. Sur la pathogénie de la stomatite mercurielle. — II. Dent morte réimplantée dans un alvéole artificiel. Chute spontanée. Examen anatomo-pathologique. — III. Mort résultant de l'absorption de dents artificielles. — IV. Un nouveau bacille dans la bouche. — V. Asepsie et antisepsie de la bouche. — VI. Nouveau cas de mort pendant la narcose. — VII. Luxation de la mâchoire en arrière. — VIII. Un cas de mort par l'anesthésie avec le bromure d'éthyle. — IX. Luxation en arrière du maxillaire inférieur avec pénétration des condules dans les conduits auditifs.

I. — Sur la pathogénie de la stomatie mercurielle,

PAR M. LE Dr MARCEL LERMOYEZ

L'étude de la stomatite mercurielle a donné lieu, dans ces dernières années, à d'intéressantes recherches dont le résultat a été de modifier profondément nos connaissances classiques sur la pathogénie de cette affection. Cependant cette question ne semble pas encore résolue ; si certains faits donnent raison aux théories nouvelles, d'autres, du genre de celui que je rapporte ici, tendraient à nous faire revenir aux idées anciennes. De nouvelles études sont encore nécessaires pour fixer définitivement ce point de stomatologie, et à ce titre, l'observation suivante m'a paru intéressante à publier, en l'accompagnant des réflexions qu'elle suggère.

Mme X...., blanchisseuse, 55 ans, se trouvait au no 21 bis de la salle Louis, quand, le 1er août 1891, je pris à l'hôpital Lariboisière la suppléance de M. le Dr Gérin-Roze ; elle y était entrée une quinzaine de jours auparavant, atteinte d'une angine phlegmoneuse, laquelle s'était heureusement terminée. J'allais donner à cette femme son exeat, quand elle fut prise de douleurs rhumatoïdes dans la main gauche. Comme elle souffrait depuis longtemps, du fait de sa profession, d'un léger rhumatisme noueux (raideur articulaire, déviation des phalanges vers le bord cubital, tuméfaction des épiphyses digitales), je pensai qu'il s'agissait simplement là d'une de ces recrudescences subaiguës dont son mal était coutumier. Mais bientôt il me fallut abandonner cette idée : l'unilatéralisation des accidents à la main gauche, la participation du carpe et du poignet au processus, un gonflement intense et très rouge du dos de la main indiquant la propagation de l'inflammation aux gaînes des tendons extenseurs ; par dessus tout une fièvre assez vive, de la diarrhée, une ébauche d'albuminurie : tout cela n'était pas dans les habitudes de la polyarthrite déformante chez une femme ayant depuis longtemps liquidé sa ménopause et chez qui, en somme, les légères déformations des doigts étaient moins une infirmité qu'un stigmate professionnel.

En quelques jours, du reste, les lésions s'accentuèrent si bien que je me trouvai en présence d'une arthrite grave du poignet avec menace de suppuration. La filiation pathogénique des accidents devenait plus nette : on avait probablement affaire à un pseudo-rhumatisme infectieux à porte d'entrée amygdalienne. C'est alors que la malade raconta l'histoire de sa gorge. Elle n'en était pas à son amygdalite d'essai ; depuis sa jeunesse, un grand nombre de fois, elle avait eu des abcès gutturaux ; une ou deux fois, le mal avait été plus sévère que de coutume et avait laissé après lui des douleurs vagues dans les mains. Le diagnostic s'imposait maintenant : abcès péri-amygdalien, infection généralisée et localisation du processus infectieux aux mains ; on l'appelait un léger rhumatisme noueux, très ancien déjà.

Je passe sur les détails de cette arthrite qui dura longtemps, ne suppura pas, mais réclama une immobilisation de plusieurs semaines, et j'arrive au point que je veux mettre particulièrement en lumière dans cette observation.

Comme cette malade me demandait de la débarrasser pour l'avenir de ses péri-amygdalites phlegmoneuses à répétition, qui lui constituaient une véritable infirmité, je lui conseillai de faire soigneusement de l'antisepsie buccale, en se nettoyant la bouche plusieurs fois par jour, surtout après les repas et avant de se coucher, et je lui indiquai pour cet usage la solution de cyanure de mercure à deux millièmes, en lui recommandant bien de n'en pas avaler. Le cyanure mercurique a sur le sublimé cet avantage qu'il ne laisse pas dans la bouche un goût métallique persistant, lequel ne tarde pas à devenir un véritable supplice pour les malades.

Mme N... exécuta ponctuellement ma prescription, trop ponctuellement même, car, au bout de cinq à six jours, elle commença à ressentir une vive sensibilité des gencives ; ses dents lui paraissaient allongées, écartées. Néanmoins, sans s'en préoccuper, elle continua à se gargariser et rapidement elle arriva à la stomatite mercurielle confirmée. Fétidité excessive de l'haleine, douleurs gingivales empêchant la mastication, langue saburrale, gencives tuméfiées, présentant une ulcération linéaire festonnée, recouverte d'un exsudat pultacé, enguirlandant la sertissure des incisives inférieures. La langue tuméfiée portait sur ses parties latérales l'empreinte des dents, mais ne montrait pas d'ulcérations. La muqueuse de la gencive supérieure et de la face interne des joues offrait seulement un certain degré de tuméfaction œdémateuse avec çà et là quelques taches pultacées.

J'ajouterai que la pression sur les gencives inférieures faisait, en avant, sourdre du pus des alvéoles. Cependant il n'y avait pas de salivation, pas d'adénopathie, pas de fièvre. Le gargarisme mercuriel, cause de tout le mal, fut supprimé ; à sa place fut institué le traitement banal de la stomatite, bains de bouche, émollients boriqués. En peu de jours, tous les symptômes pénibles disparurent ; l'haleine cessa d'être fétide, la mastication redevint possible ; quelques attouchements iodés hâtèrent la cicatrisation des ulcères gingivaux. Huit jours plus tard, la bouche avait repris son aspect normal.

Je ne veux, de cette observation intéressante à plus d'un titre, retenir qu'un point : l'apparition d'une stomatite mercurielle, de moyenne intensité, déterminée par l'emploi d'un gargarisme mercuriel. Au cours de recherches bibliographiques, peut-être un peu hâtives, je n'ai pas rencontré de faits analogues. Ce n'est pas à dire pour cela que le cas que je rapporte soit unique en son genre ; au contraire, je le crois fréquent, mais il se présente avec une apparente simplicité, telle qu'on ne lui fait pas l'honneur de le publier. Il me semble, au contraire, mériter qu'on s'y arrête.

Depuis quelques années, les notions classiques que tous nous avions apprises au sujet de l'étiologie de la stomatite mercurielle, tendent à se modifier, et elles se modifient dans le sens où nous entraînent les doctrines microbiennes.

Le mercure est dépossédé de son action malfaisante au profit des bactéries buccales. Mais cette révolution pathogénique ne s'est pas faite en un jour. D'abord tomba la théorie ancienne qui attribuait la stomatite à l'action directe du mercure sur la bouche au moment de son ingestion ; l'on admit en conséquence que l'imprégnation de l'économie par le mercure amenait la salivation, et celle-ci à son tour la stomatite. Toutefois, contre cette nouvelle hypothèse plaidait l'absence de parallélisme entre l'hypersécrétion salivaire et l'inflammation buccale ; il fallut alors reconnaître que le mercure n'agissait que par l'intermédiaire d'une périostite alvéolo-dentaire ; il la pouvait créer de toutes pièces, mais le plus souvent il la trouvait engendrée par une gingivite antérieure et il l'exaltait. Ainsi pouvait se vérifier scientifiquement ce dicton déjà séculaire parmi les mineurs d'Almaden : pas de dents, pas de mal dans la bouche.

Vint l'ère bactériologique. Bockhart[1] nous enseigna que le rôle du mer-

1. Max. Bockhart, *Monats. für prakt. Dermatologie*, août 1885.

cure se borne au premier acte de la stomatite. Par des expériences bien conduites, il montra que la présence des composés hydrargyriques dans la salive empêche la régénération de l'épithélium buccal dans les points où, à chaque repas, se produisent les érosions dentaires, du fait de la mastication ; alors entrent en scène les microbes de la bouche qui germent en ces points et y produisent des ulcères. La stomatite naît du mercure, mais elle se développe sans lui : c'est une toxi-infection locale.

Avec Bockhart, la stomatite est encore un peu mercurielle ; avec de Renzi [1] elle va ne plus l'être du tout ; elle deviendra purement septique. Tout au plus le mercure absorbé modifie-t-il la nutrition de la muqueuse buccale en favorisant la décomposition des liquides qui y stagnent ; mais il n'y a, de la part de l'agent médicamenteux, aucune action toxique, encore moins spécifique. La preuve qu'il n'y a qu'une infection locale, c'est qu'on peut guérir le malade, tout en maintenant le traitement mercuriel antérieur, par la simple antisepsie de la bouche ; pour être efficace, celle-ci réclame un parasiticide énergique ; à ce point de vue le sublimé est parmi les meilleurs : en quatre jours, administré en gargarismes, il doit ramener la muqueuse *ad integrum*. Deux observations de l'auteur italien paraissent donner raison à cette thérapeutique paradoxale. Le mercure ne produit pas la stomatite dite mercurielle bien au contraire, il la guérit.

Récemment, M. Galippe [2], avec une compétence indiscutable, s'est proposé — il le dit lui-même — de réintégrer la stomatite mercurielle dans le cadre des stomatites infectieuses, d'où elle n'aurait jamais dû être détachée. Il va plus loin encore que de Renzi : multiplicité étiologique, unité pathogénique des stomatites, telle est son idée. Le principal argument qu'il met en avant pour la défendre, et pour remettre dans le *caput mortuum* d'où les travaux des maîtres français les avaient une à une distraites, les stomatites ulcéro-membraneuse, mercurielle, bismutique, etc., c'est leur similitude clinique : « Les stomatites toxiques, dit-il, présentent des caractères cliniques tellement voisins des stomatites septiques qu'on peut les considérer comme identiques. » Et ce qui le démontre mieux encore, c'est l'excellent résultat que donne indifféremment, dans toutes ces formes, le traitement antiseptique.

De telle sorte que nous pourrions presque aujourd'hui poser les conclusions suivantes : il n'y a qu'une seule stomatite, la stomatite septique ; qu'une seule pathogénie, la pullulation des bactéries buccales ; qu'un seul traitement, l'antisepsie de la bouche. Mercure, vieux chicots, antimoine, dentition de sagesse, tout cela n'a qu'une action : diminuer la résistance du terrain buccal.

Sans nier l'intérêt extrême qui s'attache aux travaux que j'ai cités, et tout en reconnaissant la haute compétence de ceux qui les ont produits, peut-être serait-on en droit de se demander si un pareil bouleversement dans le groupement traditionnel des stomatites n'est pas un peu anticipé, et si la stomatite mercurielle ne doit pas demeurer quelque temps encore dans la classification nosologique française, bien qu'à vrai dire, en Allemagne, pareille confusion ait toujours existé. On y serait, ce me semble, autorisé, si des faits du genre de celui que je rapporte se multipliaient ; car, à tout prendre, mon observation est l'exacte contre-partie de celle de de Renzi ; avec un gargarisme mercuriel, il fait disparaître la stomatite mercurielle ; avec le même procédé, je la fais apparaître.

---

1. De Renzi, *Revista clinica e terapeutica*. Février 1888.
2. Galippe. *Journal des connaissances médicales*, 1890, pages 188, 195, 203 et suiv.

C'est à trois termes principaux que peuvent se ramener les arguments qui tendent à faire considérer la stomatite mercurielle comme une inflammation de la bouche banalement septique :

1° Pas d'étiologie spécifique;

2° Pas de phénoménalité spéciale;

3° Succès de l'antisepsie buccale, fût-elle mercurielle.

Voyons ce qu'ils valent.

1° Qu'une irritation buccale antérieure, que l'abus du tabac, que l'habitude de la chique, que la présence d'un chicot, que la gingivite du tartre soient de puissants facteurs dans la genèse de la stomatite mercurielle, c'est incontestable; que l'affaiblissement général, la fièvre, l'infection syphilitique, l'imperméabilité du rein surtout y prédisposent, nul ne le conteste; que certains individus, les femmes, les blondes, dit-on, y aient une déplorable tendance, c'est encore un fait d'observation.

Cependant ce ne sont là que des causes prédisposantes, rien de plus; elles préparent localement le terrain, affaiblissent la résistance de l'organisme, ferment à un battant la porte de sortie des poisons; l'opportunité morbide de la bouche est réalisée. Mais indéfiniment restera latente la fertilité de ce terrain, tant que l'arrivée de la graine ne l'aura pas sollicitée; or, la graine, ici, c'est le mercure. C'est déjà là, ce me semble, un commencement de spécificité étiologique qu'on ne peut négliger. A cela cependant on répond que le mercure n'agit qu'en diminuant la résistance buccale; il ne cause pas le mal, il ne fait que le préparer; il n'est qu'un agent provocateur, comme le serait tout autre irritant de la muqueuse gingivale.

Soit : mais au moins faut-il reconnaître à cette provocation quelque chose de tout personnel; sans quoi, pourquoi, chez les gens dont la bouche a fait les préparatifs d'une stomatite, celle-ci ne s'effectue-t-elle pas aussi souvent sous l'influence d'autres médicaments, à élimination salivaire, les iodures par exemple, dont on sait l'action nocive sur les muqueuses, les iodures qui, au dire d'Hermann, amènent de la salivation chez un dixième des malades, ce qui n'empêche que la stomatite iodique est une rareté?

Où cette personnalité du mercure s'affirme surtout, c'est quand on voit, chez certains sujets, des accidents buccaux terribles éclater, sans que rien ne les explique. Chez eux, les dents sont belles, la bouche bien tenue, et cependant la stomatite naît dès les premiers jours du traitement; elle est lancée, dit Fournier, sans que rien puisse l'arrêter; elle revêt sa forme historique; l'état des reins ne justifie pas toujours cette évolution.

C'est bien là, on l'avouera, la physionomie individuelle d'une intoxication; et en voyant le bismuth, l'antimoine, le plomb capables d'agir de même façon et de créer ces accidents buccaux en disproportion flagrante avec l'apparente irritation locale qui les engendre, peut-on nier qu'il y ait une stomatite mercurielle, bismuthique, antimoniale et les enfermer dans le groupe neutre des stomatites septiques? Certainement la cause qui engendre ces stomatites n'est pas quelconque.

2° Sur le terrain symptomatologique, la fusion des stomatites mercurielles, ulcéro-membraneuses et autres en stomatites septiques prête également le flanc à la critique. Les stomatites toxiques, dit Galippe, dans son excellent mémoire, présentent des caractères cliniques tellement voisins des stomatites septiques qu'on peut les considérer comme identiques. Cependant, de moins en moins, on tend à étayer des groupes nosologiques avec des ressemblances cliniques. Les divers modes de réaction de nos tissus sont moins nombreux que ceux des agents patho-

gènes qui les sollicitent; ne voyons-nous pas journellement des infections, des intoxications disparates s'énoncer sur une même formule clinique; la similitude des roséoles — un exemple entre cent — implique-t-elle l'unité dans leurs causes? D'ailleurs cette confusion dans la symptomatologie objective des stomatites ne se maintient qu'en considérant les cas flous ou anormaux.

Entre les types francs de la stomatite mercurielle et de la stomatite ulcéro-membraneuse, par exemple, il y a des lignes de démarcation assez précises pour qu'en ceci, comme en beaucoup de choses du reste, les travaux classiques de nos vieux maîtres conservent toute leur valeur. Nous les avons tous trop présents à l'esprit pour qu'il soit nécessaire de les rappeler.

3° L'épreuve du traitement semble enfin juger en dernier ressort : la stomatite du mercure est septique, puisque les antiseptiques l'enrayent; elle n'est pas mercurielle, puisque les mercuriaux la guérissent. Cependant, le cas que j'ai rapporté mène à des conclusions diamétralement opposées.

C'est une femme qui, greffant une infection amygdalienne sur sa misère physiologique, a amoindri considérablement sa résistance vitale; elle a de la fièvre, elle est un peu albuminurique; ses dents sont cariées; il est difficile de trouver un terrain mieux préparé à la culture, et pourtant, il n'y a pas de stomatite. Chez elle, la septicité buccale s'affirme périodiquement par des abcès de la gorge, et pourtant, il n'y a pas de stomatite. C'est alors que la malade est soumise à l'usage des gargarismes mercuriels ; on avouera que sous cette influence la virulence des bactéries buccales doit s'atténuer, et cependant, malgré cela — peut-être même à cause de cela — la stomatite apparaît. Que le cyanure d'hydrargyre ait agi directement et localement sur les gencives, ou bien qu'absorbé et retenu dans l'organisme par l'imperméabilité passagère du rein, il se soit éliminé par la salive, peu importe; il y a dans tout cela un fait indéniable : que la stomatite n'a commencé que du jour où le mercure a été administré sous une forme qui avait pourtant la prétention d'assurer l'antisepsie buccale. Le fait brutal est celui-ci : bouche hyperseptique, pas de stomatite; bouche aseptisée par le mercure, la stomatite apparaît.

Il est cependant aisé d'accorder tous ces avis; la théorie classique, la doctrine nouvelle contiennent chacune une moitié de vérité. Tous, nous n'avons pas ou nous n'avons pas eu de la stomatite mercurielle, parce que tous nous n'avons pas pris de mercure. Bockhart a nettement mis au point cette pathogénie en tenant compte des faits d'hôpital et de laboratoire. Il reconnaît aux bactéries buccales le pouvoir de produire les ulcérations de la stomatite; mais, pour cela, il faut qu'il ait primitivement fait tomber l'épithélium, ou plutôt qu'il ait empêché sa régénération au niveau des crêtes et replis de la muqueuse que les dents éraillent à chaque repas; et cette action empêchante, qui appartient en propre au mercure, donne à la stomatite sa spécificité étiologique. Le mercure commence la stomatite, les bactéries la continuent; or, pareille association pathogénique se rencontre à chaque pas en pathologie. Ce qui est vrai pour la stomatite mercurielle l'est aussi pour les autres : que l'antimoine, le plomb, le bismuth, que le staphylocoque doré, que le bâtonnet de Schimmelbusch fassent disparaître le revêtement protecteur de la bouche, bientôt toutes les floraisons des bactéries buccales se développeront en ce terrain préparé, et se substitueront à l'influence du *primum movens*.

A ce moment toutes les stomatites s'identifieront plus ou moins, ce sera la phase neutre, la stomatite septique. Mais au début, chaque cause

crée la lésion avec un mode qui lui est propre; à cette période il y a presque autant de variétés dans l'objectivité des lésions que dans les influences nocives; avant de devenir simplement septique, la stomatite aura été mercurielle, bismuthique, ulcéro-membraneuse, etc. C'est ainsi qu'il faut comprendre la stomatite septique; une maladie qui finit, rien de plus. La suppuration des pustules varioliques est le fait d'une infection secondaire par les microbes pyogènes qui habitent notre peau; or, des agents essentiellement différents, la pommade stibiée, la phtiriase, la gale, les contacts d'écurie engendrent ces mêmes éléments éruptifs; doit-on pour cela rayer la variole de la classification dermatologique pour l'enfermer dans un groupe complexe de dermites sceptiques ou pustuleuses? Pas plus que la peau, la bouche n'autorise pareille confusion. C'est quand les lésions sont jeunes, encore dépouillées de toute surinfection, qu'il faut étudier leur phénoménalité individuelle; c'est à son début, quand elle n'est encore que mercurielle, qu'il faut considérer la stomatite du mercure, et non plus tard, quand elle est devenue septique; et alors l'on verra qu'elle ne mérite pas condamnation.

Ce n'est pas là la seule conclusion qui se dégage de cette observation: il en découle une autre plus pratique. Que s'il est aujourd'hui démontré, grâce à Bockhart, de Renzi, Galippe et beaucoup d'autres, que faire l'antisepsie de la bouche est la meilleure manière de guérir la stomatite mercurielle, cependant ce n'est pas quoi qu'en veuille dire de Renzi, aux solutions hydrargyriques qu'il faut s'adresser pour cela, bien que ces microbicides possèdent une action incontestée; le sublimé est dans l'espèce une arme à deux tranchants, capable d'aggraver la stomatite comme de l'atténuer.

Nous avons dans les solutions alcalines phéniquées, dans l'acide thymique, dans l'acide salicylique, d'autres parasiticides actifs autant qu'inoffensifs: il les faut employer. Certes, il est original de guérir par le mercure une stomatite mercurielle; mais si de telles actions paradoxales intéressent vivement les curieux de la nature, l'intérêt des malades est qu'elles restent dans le domaine de la théorie.

(*Le Bulletin Médical.*)

II. — Dent morte réimplantée dans un alvéole artificiel; chute spontanée; examen anatomo-pathologique, par le Dr V. Galippe

M. Hugenschmidt a bien voulu me confier l'examen d'une dent qu'il avait réimplantée dans les conditions suivantes. La dent, dont l'origine est inconnue, avait été conservée depuis de longues années Par mesure de prudence, M. Hugenschmidt l'avait fait baigner pendant un mois dans la liqueur de Van Swieten, après avoir ouvert la cavité pulpaire. Cette dent fut réimplantée à une jeune femme de 23 ans, d'un tempérament lymphatique, pour remplacer la première petite molaire inférieure gauche, disparue. L'épaisseur du rebord alvéolaire du maxillaire inférieur ne permettant pas de donner à l'alvéole artificiel la grandeur nécessaire pour que la racine de la dent choisie pût être insérée, M. Hugenschmidt enleva une certaine quantité du pourtour de la racine de la dent à réimplanter. La dentine fut mise à nu, puis, la racine ayant été obturée à la gutta-percha, la dent fut introduite dans l'alvéole artificiel. L'opération fut faite avec les précautions antiseptiques requises. Pendant quinze jours les résultats furent excellents; la dent était solide et il n'y avait pas d'accidents inflammatoires. Au bout de cette période, la dent commença à remuer et six semaines après elle tenait si peu que

M. Hugenschmidt l'enleva avec les doigts. Il n'y avait ni inflammation ni suppuration.

En examinant les préparations faites sur cette dent, on voit qu'elle a été le siège d'un travail destructif allant de la périphérie vers le centre et du centre vers la périphérie. Sur certaines coupes on constate que la dent est presque complètement évidée; la cavité pulpaire, très élargie, communique largement avec l'extérieur par le canal radiculaire, dont le diamètre est considérablement augmenté et au niveau duquel on constate seulement l'existence d'une sorte de promontoire dentinaire en voie de destruction.

Sur d'autres points où le travail destructeur est moins avancé, on constate l'existence d'une dentine pathologique, caractérisée par l'irrégularité de l'orientation des canalicules et l'augmentation de leur diamètre.

Il est rationnel d'admettre que cette néoformation de nature pathologique s'est produite à une époque où la dent réimplantée faisait encore partie intégrante de l'individu auquel elle avait appartenu.

Si nous examinons maintenant la face extérieure de la dent, nous constatons l'existence d'encoches profondes. Dans la partie de la racine qui était incluse dans le maxillaire, on ne trouve pas de cément normal, mais seulement dans quelques anfractuosités et les comblant en partie. Suivant toute vraisemblance, on a sous les yeux un cément de nouvelle formation existant avant la réimplantation de la dent.

Dans d'autres anfractuosités où l'on ne trouve rien, on rencontre seulement des traces d'un tissu dont il est impossible de déterminer la nature; nulle part on ne trouve une véritable couche de cément, soit que celui-ci ait été détruit mécaniquement lors de la réimplantation, soit qu'il ait été pathologiquement résorbé.

Dans la partie de la racine qui n'était pas plongée dans le maxillaire, la dentine est à nu ; de plus, elle est creusée d'encoches au fond desquelles on peut distinguer les parasites constituant habituellement le tartre dentaire. Certains de ces parasites ont pénétré librement et profondément dans les canalicules ; ces derniers ne paraissent pas élargis.

En résumé l'existence de dentine pathologique dans la cavité pulpaire, la présence de cément de nouvelle formation dans plusieurs anfractuosités de la dentine et l'improbabilité de la formation de ces tissus après la réimplantation de la dent, autorisent à penser que cette dent n'était pas saine quand elle a été réimplantée.

Pour ce qui regarde l'absence de tout cément, on peut expliquer ce fait soit par la destruction mécanique de ce tissu, immédiatement avant la réimplantation et afin de faciliter celle-ci, soit par l'effet du travail spontané de résorption.

Quoi qu'il en soit, si cette observation nous montre la cause des insuccès dans la réimplantation des dents sèches, il nous reste à connaître le pourquoi du succès relativement durable obtenu dans certains cas.

Dans un travail présenté en 1890 [1] à la Société de stomatologie, j'avais montré la cause des insuccès dans la réimplantation des dents sèches. Ce qui précède est la confirmation des idées que nous avons exposées dans ce travail. Nous ajouterons que la pratique consistant à donner à la racine par voie de mutilation mécanique une forme favorable à la réimplantation nous paraît peu pratique, mauvaise même, surtout quand il s'agit d'une dent fraîche. Il vaut mieux modifier à l'aide d'une fraise,

1. Note sur une altération non décrite de la racine des dents d'origine inconnue. (*Journal des Connaissances médicales,* année 1891, p. 93.)

la forme de la cavité alvéolaire et respecter le cément dont l'activité biologique est considérable.

Pour ce qui regarde le mode de rétention dans le maxillaire des corps étrangers qu'on y fixe, nous renvoyons à notre mémoire [1].

(Journal des Connaissances médicales.)

III. — Mort résultant de l'absorption de dents artificielles

Un jeune agent de police de Londres, sur le conseil du chirurgien de sa division, s'était fait arracher quelques dents et les avait fait remplacer par des dents artificielles. Un jour, entendant le coup de sifflet d'un de ses collègues, il avait couru pour l'aider à conduire un prisonnier à Bow Street, mais après avoir parcouru quelques mètres, il tomba par terre ; son col fut dégrafé et il fut porté sur une civière à l'hôpital de King's College où le médecin de service constata le décès. Un examen ultérieur établit qu'une pièce dentaire s'était engagée dans le larynx et que la suffocation était la cause de la mort. Cette pièce était d'une confection inférieure et s'était détachée quand l'agent avait couru, une aspiration l'ayant entraînée dans la gorge.

(British Journal of Dental Science.)

IV. — Un nouveau bacille dans la bouche

Schmiegelow a cultivé un nouveau bacille qui vit dans le mucus de la bouche humaine ; il forme sur la gélatine des masses blanchâtres semblables à des cultures du bacille anthracis, auquel il ressemble également à l'examen microscopique. L'inoculation de ce bacille à des souris les a fait périr au bout de 24 heures, tandis que des lapins lui survivaient trois jours ; une poule et un pigeon s'y sont montrés réfractaires.

(The Satellite.)

V. — Asepsie et antisepsie de la bouche, par le Dr Descroix, de Dieppe

Il est de la plus haute importance d'empêcher la carie dentaire et aussi important d'en arrêter les ravages quand elle a envahi les dents. Il est certain que l'avènement de la méthode antiseptique en médecine et en chirurgie rendra les mêmes services à l'art dentaire. D'ailleurs, l'obturation des cavités dentaires n'est que l'asepsie de ces cavités. On enlève les parties mortifiées, on chasse les micro-organismes, cause et effet de la mortification du tissu dentaire et on empêche l'arrivée de nouveaux germes. Ainsi traitée, la carie s'arrête. Les causes de la carie dentaire sont multiples, mais la principale est certainement la présence d'aliments qui séjournent entre les dents et dont la fermentation et la décomposition finissent par créer un milieu acide, attaquent et corrodent l'émail des dents et facilitent l'invasion des micro-organismes très nombreux dans la bouche. Les alcalins et produits à base de sels alcalins, poudres ou liquides, répondent parfaitement à cette indication et sont les premiers dentifrices. Le savon, par exemple, est un dentifrice merveilleux pour pratiquer l'asepsie de la bouche. Mais une mesure préventive de la carie est le rince-bouche qui n'est, malheureusement, pas assez répandu. C'est à cet usage que beaucoup de personnes doivent de conserver leur dentition en parfait état et de pouvoir jouir de l'intégrité de ces organes, même dans un âge avancé.

Le rince-bouche doit être employé après le repas, c'est-à-dire même après les liqueurs et le café. On se sert d'eau chaude ordinaire, d'eau de

1. Travail du Laboratoire de la clinique d'accouchements.

Vichy ou de Vals chauffée ou d'une eau alcaline quelconque et on y ajoute une dizaine de gouttes du mélange suivant :

Alcool d'anis	30 gr.
Alcool de menthe	60 gr.
Acide thymique crist	0 gr. 50 centigr.

F. s. a.

Mais il faut absolument proscrire ces antiseptiques dangereux comme le sublimé corrosif et les autres sels de mercure, l'acide phénique et les autres produits de la plus grande toxicité et qu'il est dangereux de laisser entre toutes les mains comme dentifrices ou comme rince-bouche. C'est pousser un peu loin la pratique de l'antisepsie que de prescrire le bichlorure de mercure en dentifrices, tandis que nous avons sous la main d'autres produits aussi actifs et moins dangereux.

VI. — Nouveau cas de mort pendant la narcose

Le mercredi 3 août, vers 5 heures, Mme Agnès Hellwig, de Berlin, alla consulter le médecin-dentiste Lazarus pour se faire enlever plusieurs racines. Comme l'opération devait être douloureuse, la patiente demanda à être endormie. On fit appeler le Dr Engel et l'anesthésie fut pratiquée avec le chloroforme et on observa toutes les précautions prescrites par l'expérience scientifique. Une fois endormie, Mme Hellwig fut prise tout à coup de crampes ; les efforts pour la rappeler à la connaissance demeurèrent vains et la mort survint vers 6 heures. La police du district, aussitôt avertie, commença une enquête.

(*Journal für Zahnheilkunde.*)

VII. — Luxation de la machoire en arrière

On a mis en doute et même nié la possibilité de la luxation de la mâchoire en arrière, sauf dans les cas de fracture du conduit auditif externe. On en a cependant rapporté de rares exemples, tous observés chez des femmes.

Chez la femme, en effet, les saillies osseuses qui protègent l'articulation temporo-maxillaire sont bien moins accusées que chez l'homme, et il existe entre le tubercule tympanique et l'apophyse mastoïde un espace limité en dedans par l'apophyse styloïde (fosse tympanico-stylo-mastoïdienne) où le condyle peut se loger.

Le symptôme principal de la luxation de la mâchoire en arrière est l'impossibilité d'ouvrir la bouche ; dans la luxation en avant, on ne peut, au contraire, la fermer. C'est généralement en ouvrant trop fortement la bouche que se produit la luxation en arrière ; chose bizarre, elle s'est plusieurs fois reproduite pendant le sommeil et la malade s'est réveillée ne pouvant desserrer les dents.

M. le professeur Albert rapporte à ce sujet l'observation suivante :

Une jeune femme, très intelligente, vint le trouver et lui raconta que, depuis trois ans, elle se réveillait fort souvent dans l'impossibilité d'ouvrir la bouche. Il y a trois ans, pour une opération dentaire, on lui avait maintenu longtemps la bouche démesurément ouverte. Le lendemain à son réveil, elle ne put l'ouvrir et fit pendant plus d'une heure de vains efforts. Désolée, elle se jeta violemment sur son lit, la figure dans les couvertures, et à ce moment même la mâchoire reprit sa mobilité. Ce symptôme s'est bien souvent reproduit depuis, mais la malade a toujours réussi, à l'aide de quelques manipulations, à rétablir le fonctionnement de la mâchoire. Elle affirme que l'obstacle siégeait d'abord à gauche et qu'il siège maintenant à droite. Elle n'a jamais ressenti ni douleurs, ni

gonflement, mais seulement de temps en temps quelques craquements dans l'articulation.

M. Albert constata que le maxillaire inférieur au repos était légèrement dévié à droite et qu'il revenait sur la ligne médiane quand la malade ouvrait la bouche ; il existait des frottements articulaires des deux côtés. Comme traitement, il ne put conseiller que le massage.

(*Wien. med. Wochenschrift*, n° 22 et *Bulletin médical.*)

VIII. — Un cas de mort par l'anesthésie avec le bromure d'éthyle

M. Gleich, qui a employé le bromure d'éthyle dans plusieurs centaines de cas dans le service de M. Billroth, a observé le cas de mort suivant.

Un homme de 48 ans, atteint d'un furoncle au niveau du bras droit, fut soumis à l'anesthésie par le bromure d'éthyle. L'opération dura 2 minutes. Tout à coup le malade se cyanosa, la circulation et la respiration s'arrêtèrent et ne reparurent plus, malgré toutes les tentatives pratiquées dans ce but pendant une heure et demie.

A l'autopsie on trouva une dégénérescence graisseuse du cœur et du foie et une dégénérescence parenchymateuse des cellules épithéliales du rein. Ces altérations prouvent que le malade aurait succombé à une anesthésie pratiquée avec n'importe quel agent. Contrairement à ce qui s'observe dans les cas de mort par le chloroforme, le cerveau n'était pas hyperémié.

(*Gazette des hôpitaux de Toulouse.*)

IX. — Luxation en arrière du maxillaire inférieur avec pénétration des condyles dans les conduits auditifs

M. Aunis a communiqué à la *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux* l'observation d'un homme de 33 ans qui reçut un coup violent sur le menton. Il ressentit au moment du choc une douleur vive dans les deux oreilles, mais surtout du côté gauche. Il n'eut pas d'otorragie, mais l'ouïe était absolument abolie lorsque le malade tenait sa bouche fermée. Les mouvements d'abaissement du maxillaire inférieur étaient douloureux et difficiles.

Aujourd'hui, quelques jours après l'accident, on remarque chez cet homme un léger degré de rétropulsion du maxillaire inférieur, les incisives inférieures étant un peu en retrait sur les supérieures. Les mouvements du maxillaire sont un peu douloureux, mais possibles. Les molaires inférieures manquent, ce qui est une puissante cause prédisposante à la luxation en arrière du maxillaire.

Les conduits auditifs sont aplatis d'avant en arrière, leur paroi antérieure étant venue se mettre presque au contact de la postérieure. Le gauche est beaucoup plus aplati que le droit. Au niveau de leur paroi antérieure on ne sent pas de crépitations. Il se fait par les deux oreilles un léger écoulement séreux. Bien que l'examen à l'otoscope soit pour le moment impraticable, il ne semble pas y avoir déchirure de la membrane du tympan. L'ouïe est très affaiblie, mais elle semble s'améliorer de jour en jour depuis qu'on essaye avec des sondes en gomme élastique de rétablir le calibre des conduits auditifs.

(*Le Bulletin Médical.*)

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

BREVETS D'INVENTION RELATIFS A L'ART DENTAIRE

I. — Brevets américains

1er mars. — Nos 469.670. M. H. Aldrich. — Chalumeau.
469 884. W. S. How. — Fourneau pour dents.
8 — 470.184. Edouard Ebi. — Fouloir dentaire.
470.211. R. F. Philipps. — Miroir à bouche.
470.332. Ch. E. Friel. — Dent artificielle.
15 — 470.670. S. F. Gilmore. — Mandrin à disque.
22 — 471.146. Ch. P. Shultz. — Tour dentaire.
29 — 471.877. A. C. Miller et G. F. Wells. — Tour dentaire.
471.887. E. E. Park. — Support pour disque.
472.004. D. F. Sweet et J. B. Parker. — Instrument.
5 avril. — 472.344. Georges Evans. — Couronne dentaire en métal.
20.929. Girard et Letord. — Soudure d'aluminium.
12 — 472.683. J. T. Pedersen. — Monture pour la pièce à main.
472 686. W. W. Wells. — Maillet dentaire.
472.876. W. E. Williamson. — Tour dentaire.
19 — 473.040. D. B. Wilder. — Appareil de redressement pour les dents.
473.397. A. Kern. — Fauteuil.
20.999. A. Lilly. — Dentifrice.
3 mai. — 474.011. A. M. Harrison. — Instrument dentaire.
474.104. J. J. Stedman. — Dentier artificiel.
474.131. J. W. Ivory. — Clamps dentaire.
474.132. id. Rétenteur pour matrice.
17 — 474.967. J. Payne. — Procédé dentaire.
474.968. J. Payne. — Articulateur.
475.104. J. H. Beebee. — Bras et attache flexibles.
475 141. D. B. MacHenry. — Plaque dentaire.
24 — 475.382. C. C. Carroll. — Amalgame dentaire.
476.088. W. E. Stiles. — Flacon.
31 — 476.125. E. A. Bryant. — Porte-flacon.
7 juin. — 476.496. W. Speakman. — Pièce à main.
476.605. Robert Brewster. — Dent artificielle.
14 — 476.896. A. Rader. — Soudure d'aluminium.
476.994. R. M. Hunter. — Tour dentaire.
477.076. H. E. Spencer. — Pièce pour fixer au tour.
21 — 477.197. J. A. Barker. — Appui-tête.
477.225. Charles Rauhe. — Fraise.

21 juin. — 477.441. A. J. Harris. — Fouloir.
477.546. W. S. How. — Clamps pour digue.
477.619. M. L. Bosworth. — Fouloir.
28 — 477.791. W. E. Andrews. — Réflecteur et abaisse-langue.

(Dental Cosmos et Western Dental Journal.)

II. — Brevets allemands

Demandes

J. 2.679. Procédé de fabrication d'un amalgame pour dentistes. G. Jüterbock, Berlin.

C. 3.850. Appareil à anesthésier. A. V. Czarnowski, Berlin.

N° 7.458. Appareil à anesthésier. G. Schroeder, Cassel.

Extinctions

N° 53.172. Confection de dentiers.

59.458. Appareil pour produire la respiration.

Modèles

N° 2.892. Pince avec clef à vis et mors mobiles. Jetter et Scherer, Tuttlingen.

N° 2.988. Instrument pour remplir et nettoyer les seringues médicales. William R. Casper, New York.

N° 2.053. Muscle en caoutchouc pour dentier artificiel. A. Holder, Egger et M. Kneiff, Berlin.

N° 2.315. Fraise avec tranchant à la tige. C. Rauhe, Dusseldorf.

2.590. Pince. J. Schultze, Reichenbach.

2.605. Tablette d'opération. E. Lentz, Berlin.

2.617. Bain stérilisant pour instruments de chirurgie. J. Hanfland, Berlin.

N° 3.327. Miroir à bouche mobile. F. R. Bezl, Berlin.

3.398. Abaisse-langue avec réflecteur. G. R. A. Nithark, Obernigk.

N° 3.524. Disposition des articulateurs pour régler la morsure dans la confection des pièces artificielles ou des dentiers complets. B. F. Starke, Leipzig.

III. — Brevets anglais

N° 3.530 du 23 février 1892. Nouveau palais artificiel. Henry Ramsden.

N° 3.885 du 29 février 1892. Nouveautés dans divers instruments dentaires. R. B. Rogers.

N° 3.976 du 1er mars 1892. Manche pour cure-dent en plume d'oie. A. Hargreave.

N° 4.970 du 14 mars 1892. Nouveautés en dents ou en plaques artificielles. D. B. Mac Henry.

N° 6.345 du 1er avril 1892. Maillet électrique perfectionné pour la prothèse et autres usages. H. Nehmer.

(Journal für Zahnheilkunde.)

NOUVELLES

A l'occasion des fêtes données à Gênes la Société Odontologique italienne a tenu, dans cette ville, les 10 et 11 septembre, son congrès annuel. Nous trouvons dans *Il Progresso Dentistico* le programme ci-dessous des questions qu'elle a examinées.

1. Moyen le plus efficace pour créer des dispensaires dentaires.
2. Autorisation à donner par l'Assemblée au comité directeur pour ériger d'une manière légale la Société en corps médical.
3. Mesures à prendre relativement au Congrès international des sciences médicales de Rome en 1893.
4. Stérilisation des instruments de chirurgie dentaire et pouvoir bactéricide de la salive.
5. Meilleur moyen d'obtenir l'articulation de la bouche dépourvue de dents.
6. Réussite du traitement de la pyorrhée alvéolaire.
7. La stomatite aphteuse chez les enfants.
8. Diagnostic et thérapeutique des maladies de la pulpe des dents non cariées.

La maison Paul Buss, de Berlin, vient de transférer ses magasins 64, Friedrichstrasse.

Le journal américain *The archives of Dentistry* vient de cesser sa publication.

On annonce de Lyon la mort du Dr Pravaz, inventeur de la seringue qui porte son nom.

Un nouveau journal américain, le *Dental journal*, vient d'être créé par la Société dentaire de l'Université de Michigan ; il est publié par les étudiants de l'Université.

Un autre journal dentaire, l'*Odontojatria*, vient également d'être fondé à Palerme, sous la direction de M. Giuseppe Impallomeni, de la Faculté de cette ville.

Bonne prospérité à nos jeunes confrères.

L'Ecole dentaire de Paris a reçu la visite de M. Evelin, inspecteur d'Académie, qui, après avoir parcouru l'établissement tout entier, s'est montré fort satisfait de son installation et du fonctionnement des divers services.

Elle a reçu également celle du Dr Borgnoni, président de la Société de stomatologie de Rome, qui poursuit en ce moment un voyage d'études dans les principaux centres odontologiques de l'Europe. MM. Francis Jean et Viau lui ont fait les honneurs de la maison.

Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Dubrac, enlevé d'une manière prématurée à l'affection des siens. Tous ceux qui ont connu cet homme au caractère aimable partageront, comme nous, le deuil qui frappe l'École dentaire de France.

SIMPLE AVIS

L'esprit fait souvent place à la haine chez notre confrère la *Revue Internationale d'Odontologie.* Si plaisante que soit l'occasion de signaler à l'attention du public professionnel la mise à prix du cabinet de feu le Dr David pour placer le classique *sic transit gloria mundi*! — nos lecteurs nous pardonneront, mais on parle latin à la *Revue* — on devrait se souvenir dans ce *docte* journal qu'il ne faut jamais parler de corde dans la maison d'un pendu.

En effet, si l'*histoire professionnelle* vient de *s'enrichir* d'un document que la mort seule a fait naître, il se pourrait qu'un vivant — les morts se vengent quelquefois — la dotât d'un certain prospectus dont la publication ferait rire jaune l'intéressé.

A bon entendeur salut!

M. Touchard.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

OUVRAGES PUBLIÉS EN LANGUES ÉTRANGÈRES

Julius Scheff. — Handbuch der Zahnheilkunde. *Manuel de la dentisterie* (Vienne 1891, Alfred Hölder).

Bastyr. — Die erworbenen Defecten der harten Zahnsubstanzen. *Les défauts acquis de la substance dure des dents.*

Wellauer. — Caries der Zähne. *La carie dentaire* (78 p.)

Walkhoff. — Die Unregelmässigkeiten in der Zahnstellung und ihre Behandlung. *Les anomalies de position et leur traitement* (Leipzig, 1891, Arthur Félix, 130 grav.)

Schneider. — Ueber das Wesen der Narcosen in Allgemeinen mit besonderer Berücksichtigung der Bromäthernarcose. *Les narcoses en général et en particulier celle au bromure d'éther.* (1891, Leipzig, Arthur Félix 53 p.)

Gorgas. — Dental medicine. A manual of dental materia medica and therapeutics. *Médecine dentaire. Manuel de médecine et de thérapeutique dentaires.* (4e éd. Philadelphie, P. Blakiston Son, 1891. 3 doll. 50 cents, 524 p.)

Harvey Rowell. — Manual of instruction in hard soldering. *Méthode de soudure dure* (Spon et Co, 12 Cortland Str. New-York, 75 cents.)

Thieme. — Dental Kalender für Deutschland, Oesterreich-Ungarn und die Schweiz. *Annuaire dentaire pour l'Allemagne, l'Autriche-Hongrie et la Suisse.* (Leipzig, 1892).

Adler. — Pathologia dei tumori dei denti e delle gengive. *Pathologie des tumeurs des dents et des gencives.* (Rome, Voghera Enrico, 1891).

Hankell. — Handbuch der Inhalations-Anästhetica : Cloroform, Aether, Stickstoff-oxydül, Aethylbromid, mit Berücksichtigung der strafrechtlichen Verantwortlichkeit bei Anwendung derselben, für Aerzte Zahnärzte und Studirende. *Manuel de l'inhalation des anesthésiques : chloroforme, éther, protoxyde d'azote, bromure d'éthyle, sous le rapport de la res-*

ponsabilité pénale dans leur emploi, pour médecins, médecins-dentistes et étudiants. (Wiesbaden, 1891, Jungklaase, 1 pl. 140 p. 8°).

Rassowitz. — Vorlesungen über Kinderkrankheiten im Alter der Zahnung. *Leçons sur les maladies des enfants à l'age de la dentition.* (Leipzig et Vienne, 1892, F. Deuticke, 297 p. 8°).

Mühlreiter. — Anatomie des menschlichen Gebisses, mit besonderer Rücksicht auf die Bedürfnisse der Zahnersatzkunde. *Anatomie de la denture humaine par rapport aux besoins de la prothèse* (Leipzig, 2e éd., 1891, Félix. 160 p., 8°).

Beekmann. — Ueber die Epulis. *L'épulis* (Bonn, 1891, J. Bach Wwe, 35 p., 8°).

Huidekoper. — Age of the domestic animals. Being a complete treatise on the dentition of the horse, ox, sheep, hog and dog, and on the other various means of determining the age of these animals. *L'âge des animaux domestiques. Traité complet sur la dentition du cheval, du bœuf, du mouton, du porc et du chien, et autres moyens divers de déterminer l'âge de ces animaux* (Philadelphie, 1891, F. A. Davis Co, 217 p., 8°).

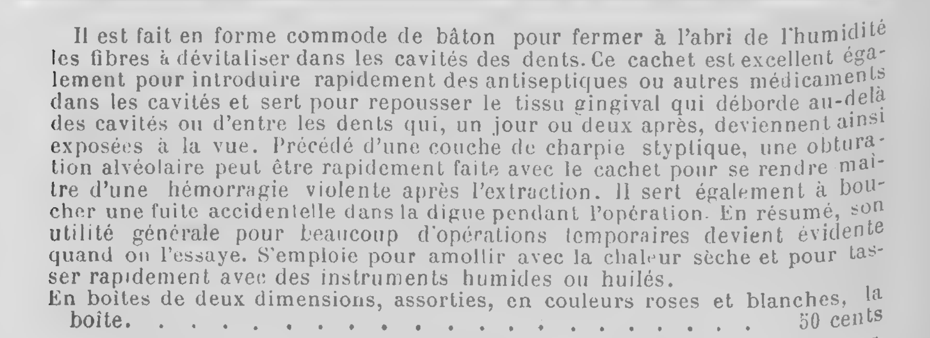
Bornträger. — Ueber die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes bei Anwendung des Chloroforms und anderer Inhalations-Anästhetica. *La responsabilité pénale du médecin dans l'emploi du chloroforme et des autres anesthésiques par inhalation.* (Berlin, 1892, Auguste Hirschwald).

JOURNAUX PÉRIODIQUES. TRAVAUX ORIGINAUX

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE NORMALES ET PATHOLOGIQUES

Arnone. Etude sur la carie dentaire (*L'Odont janv. et fév.* 92). — **Bayard.** Evolution de la maladie (*Dent. Cosm. avril* 92). — **Bostock.** Histologie dentaire pratique (*Brit. J. of. Dent. Sc. mars* 92). — **Carreras** Une dent canine engagée dans l'épaisseur de la voûte palatine (*Il progr. dentist. février* 92). — **Dubrac.** Histoire naturelle des substances animales, végétales et minérales appliquées à l'art dentaire (*Rev. Odont.* 1892, *XI*). — **Elliot.** L'érosion (*Ohio J. of Dent. sc. janv.* 92). — **Hepburn.** Protusion antérieure (*Brit. J. of Dent. Sc. avril* 92). — **Hollander.** Insertion profonde d'une dent de lait dans la mâchoire dans une ouverture normale de canine permanente (*Viert. f. Zahn. avril* 92). — **Raflan.** Anomalies de position des dents permanentes (*Zahn. Ref* 5, 92). — **Low.** Théories sur la carie dentaire (*Dent. World, mars* 92). **Mc Causey.** L'émail, la dentine et les nerfs (*Dent. Rev. janv.* 92). — **Otoffy.** Les 1re et 3e molaires (*Brit. J. of dent. sc. mars* 92). — **Platschick.** Observations sur l'éruption de la dent de sagesse (*Il progr. dent. avril* 92). — **Platschick.** Contribution à l'étude des anomalies de siège et de développement (*Il progr. dent. fév.* 92). — **Smreker.** Deux anomalies de forme (*Viert. f. Zahn. avril* 92). — **Sommer.** Histologie du tissu dentaire (*Zahn. Woch. mars* 92). — **Talbot.** Etude de la dégénérescence des mâchoires de la race humaine (*Dent. Cosm. avril* 92). — **Thompson.** Ethnologie de la face (*Dent. Cosm. mars et avril* 92). — **Wallace.** Dents provenant de pulpes permanentes (*Dent. Rec. avril* 92).

CACHET DE REVÊTEMENT POUR OBTURATIONS TEMPORAIRES



Il est fait en forme commode de bâton pour fermer à l'abri de l'humidité les fibres à dévitaliser dans les cavités des dents. Ce cachet est excellent également pour introduire rapidement des antiseptiques ou autres médicaments dans les cavités et sert pour repousser le tissu gingival qui déborde au-delà des cavités ou d'entre les dents qui, un jour ou deux après, deviennent ainsi exposées à la vue. Précédé d'une couche de charpie styptique, une obturation alvéolaire peut être rapidement faite avec le cachet pour se rendre maître d'une hémorragie violente après l'extraction. Il sert également à boucher une fuite accidentelle dans la digue pendant l'opération. En résumé, son utilité générale pour beaucoup d'opérations temporaires devient évidente quand on l'essaye. S'emploie pour amollir avec la chaleur sèche et pour tasser rapidement avec des instruments humides ou huilés.

En boites de deux dimensions, assorties, en couleurs roses et blanches, la boite. 50 cents

OBTURATIONS PERFECTIONNEES A LA GUTTA-PERCHA

PREMIUM-EXCELSIOR

L'obturation Premium à la gutta-percha n'a pas besoin d être recommandée, car elle est peut-être aussi connue que toutes les substances employées en dentisterie. Le seul point sur lequel nous désirons appeler spécialement l'attention maintenant, c'est le perfectionnement considérable que nous avons apporté à sa grande qualité première. De meilleures manipulations lui donnent plus de densité et de finesse et ont pour effet de rendre les obturations plus durables. L'obturation Premium à la gutta-percha s'amollit à 78°.

Se vend en pains et en bâtons, par boites d'une demi-once.

Notre chauffeur thermoscopique permet d'employer une gutta-percha ayant un point d'amollissement beaucoup plus élevé. Nous avons donc préparé et nous mettons en vente maintenant une nouvelle obturation à la gutta-percha que nous appelons Excelsior. Elle s'amollit à 85° et convient par suite spécialement pour les cas exposés à l'usure et pour monter les couronnes quand une solidité exceptionnelle de support est nécessaire. Dans une large cavité avoisinant la pulpe, il peut quelquefois être bon de commencer l'obturation avec le Premium et de la terminer avec l'Excelsior.

L'obturation Excelsior à la gutta percha est en petits morceaux de dimensions assorties, par boites d'une demi-once.

Prix. Obturation Premium à la gutta-percha, la boite. . . 2 dollars
— — Excelsior — — . . . 2 —

REVÊTEMENT SÉDATIF ANTISEPTIQUE

Pour les usages dentaires l'aristol, nouvel antiseptique, a reçu la sanction de membres éminents de la profession et nous le fournissons en flacons colorés d'une demi-once avec l'huile de cassia comme adjuvant, suivant la formule du Dr E. C. Kirk : Aristol 45 gram., huile de cassia 5 gram.

Prix, par flacon. . . . . 30 cents

THE. S. S. WHITE DENTAL MFG. CO.
Philadelphie, New-York, Boston, Chicago, Brooklyn
Atlanta.

Vol. 12. **Paris, Octobre 1892** N° 10.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'IMPORTANCE RÉELLE DE LA DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE DE LA CARIE DENTAIRE EN ETHNOGRAPHIE

Par M. le Dr L. Thomas, professeur à l'École dentaire de Paris.

(*Suite.*)

Du temps de Justinien, on appelait encore Alains une tribu peu nombreuse fixée et demeurant de l'autre côté du Caucase [1].

Les Romains eurent de très bonne heure l'occasion de rencontrer les Alains sur les champs de bataille. Antonin le Pieux est obligé de comprimer plusieurs mouvements de ce peuple [2]. Quand Marc Aurèle écrasa les Marcomans au passage du Danube, les Alains formaient l'arrière-ban de l'invasion [3]. Sous Gallien, une coalition du même genre dévaste les Gaules et arrive sous les murs de Ravenne [4]. Pendant le règne de Valens, les Alains, associés aux Huns et aux Goths, menacent l'empire avec Fictigern [5]. On les trouve avec les Vandales et les Suèves dans les bandes qui envahissent les Gaules en 406; un corps d'Alains faisait partie de l'armée d'Attila. Après sa mort, il prit part à la bataille que se livrèrent les nations barbares groupées par le conquérant. Les Alains survivants eurent en partage la Scythie et la Mœsie inférieure [6].

Il est possible de se rendre compte des grandes incursions des Alains en Gaule; ils paraissent avoir fait partie des hordes d'invasion qui ont ravagé le pays sous Gallien, vers 251, sous Honorius, en 406, avec Attila en 431 ; il est difficile de savoir si certains d'entre eux se sont fixés et ont tenté de fonder un royaume comme les Burgundes ou les Wisigoths.

Une première difficulté tient à des confusions de texte. Une des grandes invasions (celle de 251 ou de 406, les historiens ne sont pas d'accord sur ce point) était conduite par un chef appelé Chrocus.

Certains textes portent : Chrocus Vandalorum rex [7] ; d'autres,

1. P. Diaconi, *Hist. miscell.*, XXI.
2. Jul. Capitolinus, Antonius Pius, cap. V.
3. Ibid, Marcus Antonius Philosophus, XXII.
4. Jornandes, *De regnorum success.*, LXXXIII
5. Amm. Marcell. *Rer. gest.* lib. XXXI, cap. 22 et 23.
6. Jornandes, *De reb. Geticis*, L.
7. Chrocus rex Vandalorum cum Suævis et Alanis egressus de sedibus Gallias appetens. Fredegarii ad *Hist. Franc.* IV.

Alamannorum [1] rex ; d'autres, Alanorum rex. Cette confusion se reproduit à propos de beaucoup d'autres événements du même temps. Il est question d'une descente de pirates sur les côtes du royaume de Théodebert. Ces pirates sont appelés tantôt Danois, tantôt Alamans, tantôt Alains [2]. Rispendial est donné comme roi des Alamans ou des Alains [3].

Si ces peuples ont été réellement établis en Gaule, leur domination n'a pu être qu'éphémère et limitée. Je n'ai trouvé qu'un texte permettant de croire à l'existence persistante d'une colonie d'Alains en deçà des Alpes. Nous avons dit que cette nation avait suivi en grande partie la fortune des Huns ; qu'elle avait combattu avecAttila à Châlons ; qu'après sa mort ceux qui survivaient se retirèrent dans leur pays d'origine vers les bouches du Danube. Jornandès parle d'une tribu d'Alains restés en Gaule, vers laquelle Attila voulut envoyer une expédition pour la soumettre ; il supposait avec raison que, s'il avait des auxiliaires au cœur même du pays, une seconde invasion aurait plus de chances de succès que la première. Après la prise d'Aquilée et le ravage de la plus grande partie de l'Italie, le conquérant s'arrêta, semblant se demander de quel côté il dirigerait désormais ses hordes ; il songea à revenir en Gaule pour écraser les Wisigoths. Il résolut de soumettre d'abord les Alains habitant au-delà de la Loire. Partant de la Dacie et de la Pannonie où se trouvaient les Huns et différents autres peuples vassaux, il dirigea une expédition contre les Alains. Thorismund, roi des Wisigoths, devinant avec une égale habileté le dessein d'Attila parvint le premier chez les Alains, tout préparé à recevoir le premier choc. Le roi Hun fut battu et mis en fuite presque aussi complètement que dans les Champs catalauniques. Thorismund, ayant repoussé les envahisseurs à l'aide des Alains seuls, s'en retourna à Toulouse sans avoir perdu personne des siens [4].

Les Alains en question étaient-ils fixés ? Erraient-ils du Rhin aux Pyrénées ? Etait-ce une horde de pillards comparable aux grandes compagnies du XIV[e] siècle ? Les trois hypothèses sont plausibles. Grégoire de Tours, presque contemporain des événements dont nous parlons, connaissait à fond les communautés barbares des Gaules, il avait eu l'occasion de se trouver en rapport avec leurs chefs, soit dans l'exercice de son ministère apostolique, soit comme agent diplomatique des princes de Neustrie. Il les énumère presque au commencement de son histoire des Franks, et il ne dit rien des Alains. « Les Romains habitent la partie méridionale jusqu'à la Loire. Au-delà de la Loire (sur la rive gauche) dominent les Goths; les Burgundions, appartenant à la secte arienne, habitent au-delà du Rhône qui touche à la cité de Lyon [5]. »

---

1. Chrocus Alamanorum rex, commoto exercitu Gallias pervagavit. Gregor. Turon. *Histor. Franc*, lib. I.
2. Epitom. *Histor. Francor*, XXXII.
3. Greg. Turon. *Hist. Franc.* lib. II.
4. Jornandès, *De rebus Geticis*, cap. XLIII.
5. *Hist. Franc.*, lib. II. cap. 9.

La plus grande partie des Alains qui avaient pris part à la grande invasion de 406 avaient passé les Pyrénées avec les Vandales et les Suèves ; ils furent plus tard repoussés dans le sud de la Péninsule et en Afrique par le roi Wisigoth Wallia, allié d'Honorius ; une autre fraction erra longtemps du centre à l'extrémité occidentale de l'Europe, en compagnie de bandes de Franks, de Vandales et de Burgondes non encore fixées. En 411, l'année même de la mort d'Alaric, menacées par Ataulf son frère et son successeur, elles quittent la Pannonie où elles se trouvaient et rentrent dans la Gaule. Ne se croyant pas encore en sûreté contre les Goths qui avaient maltraité plus d'une fois durement leurs pères, elles passèrent les Pyrénées et allèrent se perdre en Espagne [1]. Les Alains, que Thorismund souleva contre Attila, étaient probablement les mêmes qui avaient battu et tué en 461 l'empereur Majorien à Tortone, en Italie [2]. Rien dans les textes n'autorise à supposer qu'il existât un établissement permanent et définitif.

Nous avons émis une troisième hypothèse : les Alains errants dans l'empire d'Occident étaient des bandes de soldats mercenaires comparables aux grandes Compagnies. De très bonne heure en effet, dès le règne de Gallien, il y avait des auxiliaires Alains à la solde de l'Empire. En Italie, on les appelait comites alanis, et on les divisait en jeunes, vétérans sagittaires, etc. ; Gratien,qui en avait fait sa garde du corps, adopta leurs coutumes et leurs mœurs, il les préférait de beaucoup à la milice romaine. Sa préférence provoqua une sédition militaire dans laquelle il périt. Il y avait en Gaule des cohortes d'auxiliaires Alains ; l'évêque d'Orléans était si peu sûr du capitaine de cette nation qui commandait la petite garnison de cette place à l'approche d'Attila qu'il prit sur lui de le destituer. Plus d'une fois ces soldats mal payés, mécontents des patrices, se mirent à courir la campagne et à piller.

Dans cet aperçu historique sur les Alains, nous n'avons trouvé absolument rien qui permette de supposer qu'une colonie de leur race se soit fixée en un point quelconque de la France, qu'elle s'y soit cantonnée, et perpétuée au point de constituer un îlot ethnique dont les particularités organiques régulièrement transmises d'âge en âge, diffèrent d'une manière appréciable de celles de la population ambiante voisine.

Reprenons cette seconde partie de notre étude. Nous avons réuni assez de faits pour montrer qu'il est impossible que les deux races existant en Gaule, un siècle avant la conquête romaine, aient pu se conserver intactes jusqu'à notre époque. Cette assertion n'est admissible que pour la Bretagne et encore, par une analyse minutieuse, on verrait que la population armoricaine de nos jours est plus mélangée qu'on ne croit. Partout, il y a des gens de haute et de petite taille, des bruns et des blonds; il y en a qui ont de bonnes dents et d'autres de mauvaises; mais la réunion chez un individu de tous les

1. Jornandès, *De rebus Geticis*, XXXI.
2. Id. *Loc. cit.*, XLV.
3. Eutropii, *Histor Miscell*, cap. XXXIII.

caractères de l'un ou de l'autre des deux rameaux ethniques ne permet pas de conclure qu'il descend des Celtes ou des Kimris, parce que trop de populations de races différentes ont fondé des établissements durables sur notre sol.

Cette étude ne nous donne malheureusement que des conclusions négatives par rapport au système dentaire ; le rôle de la critique est ingrat lorsqu'elle est obligée de s'attaquer à des théories respectables, et c'est le cas.

On est parti d'une idée ingénieuse vers laquelle avait conduit l'examen superficiel des faits :

La carie dentaire est plus fréquente dans certaines régions que dans d'autres; l'hérédité joue un rôle évident dans l'étiologie de cette affection ;

Aucune particularité mésologique ne rend compte de la fréquence des caries dans un territoire donné ;

Cette fréquence est plus grande chez les sujets présentant certaines particularités morphologiques que chez d'autres;

Les territoires en question ont été peuplés par des races différentes dont l'une présentait des caractères morphologiques analogues à ceux des sujets prédisposés à la carie dentaire ;

Conclusion.

La prédisposition à la carie dentaire est une affaire de race ; il est possible, en établissant sa distribution sur un territoire donné, d'établir scientifiquement la répartition ethnologique des individus qui ont occupé ce territoire à une époque déterminée.

Telle est l'induction ramenée à sa formule la plus simple. Il eût mieux valu en rester là, car une opinion sentimentale séduit toujours, précisément parce qu'elle est sentimentale, mais on a voulu aller plus loin ; on a tenté de démontrer ce qui ne peut pas l'être : c'est là le malheur; le calcul appelle les vérifications, l'analyse appelle l'analyse, les conclusions documentées appellent la critique.

La critique montre qu'avec la méthode suivie, il a été impossible de se rendre exactement compte de la fréquence relative de la carie dentaire chez des individus de 20 ans habitant un territoire donné; que de toutes les hypothèses admises pour arriver à donner une valeur ethnographique à la distribution géographique de la carie, pas une ne tient debout devant l'histoire.

L'idée première est séduisante ; les études entreprises en vue de la confirmer sont à recommencer. Voilà la conclusion.

II

La carie dentaire est une conséquence de la civilisation.

Je serai moins long en discutant cette opinion que la première : c'est la contre-partie. Un Celte ou un Kimris du temps de César, encore à demi-sauvage, avait de bonnes dents; son descendant du moyen âge en a qui ne valent pas les siennes. Lorsque la population devient tout à fait civilisée, la déchéance est absolue.

Il y a 22 ans, M. J. R. Mummery se demandait quel avait été l'état des dents chez les races qui ont habité tour à tour la Grande-Bretagne. Il déclarait, dans un mémoire lu en 1870 à la Société odontologique de Londres, que les pasteurs dolichocéphales primitifs avaient peu ou point de caries. Ils furent réduits en esclavage par les Belges, Celtes, brachycéphales, agriculteurs, plus policés et plus sujets à la carie.

Un grand changement survient à la conquête romaine ; une véritable décadence physique accompagne le luxe et la civilisation. Les Bretons soumis adoptèrent les habitudes de leurs conquérants, et alors survinrent de nombreuses affections dentaires.

Après la retraite des Romains, les Pictes et les Scots ravagèrent l'Ouest, les Bretons énervés devinrent incapables de résister. Dans leur terreur, ils appelèrent d'Allemagne les Angles et les Saxons, qui restèrent dans le pays. Ces envahisseurs robustes et vigoureux avaient de bonnes dents, de telle sorte qu'une amélioration se produisit dans les siècles qui suivirent; d'autres Barbares débarquèrent vers le Sud et s'y établirent, chaque incursion fut suivie d'une amélioration du système dentaire qui disparut après que les nouveaux venus eurent adopté la vie sédentaire et se furent croisés avec les aborigènes.

Ces considérations sur l'histoire des Iles britanniques présentent bien des bizarreries. L'occupation romaine dura 400 ans; elle fut trop précaire pour exercer une influence sérieuse sur les caractères ethniques. En Gaule, la fusion s'était faite entre vainqueurs et vaincus, les seconds avaient adopté la langue et les coutumes des premiers; même aux beaux temps de l'empire, il existait dans l'armée une légion dite de l'alouette, formée exclusivement de Celtes. Les législations germaniques ne reconnaissent qu'un étranger en Austrasie et en Neustrie, le Romain, preuve que les deux races s'étaient si bien mélangées que leurs voisins immédiats ne les distinguaient plus.

Rien de pareil n'arriva en Angleterre; les plus vieilles chroniques représentent le colon militaire comme un étranger dont la retraite est regardée et fut une délivrance. Après avoir opprimé l'île pendant 400 ans, dit l'une d'elles, et y avoir exigé par année le tribut de trois mille livres d'argent, ils repartirent pour la terre de Rome afin de repousser l'invasion de la horde noire. Ils ne laissèrent à leur départ que des femmes et des enfants en bas âge qui tous devinrent Cambriens.

L'occupation romaine n'était représentée vis à vis des indigènes que par des collecteurs d'impôts, par des cohortes militaires, qui ne réussissaient pas toujours à les protéger lorsqu'au printemps les Pictes et les Scots passaient la Clyde sur leurs barques de cuir et pillaient indifféremment la cabane ou la villa. Ces conditions sont peu favorables à la fusion de deux races, au passage de susceptibilités organiques de l'une à l'autre.

Il est probable que M. Mummery avait une arrière-pensée; il voulait voir dans la civilisation une cause de déchéance, il est persuadé

que la résistance organique s'élève ou s'abaisse suivant qu'elle avance ou rétrocède.

Les Barbares, dont l'invasion eut pour résultat d'anéantir le luxe et la corruption qu'avaient développés les Romains, étaient des proches voisins des Normands; ils appartenaient à la nation des Jutes, habitant les contrées marécageuses du Nord de l'Elbe et faisant partie de cette vaste confédération de peuples qu'on appelait Saxons, hommes aux longs couteaux, par allusion à l'arme qu'ils portaient d'habitude.

Il est impossible de comprendre comment les dents seraient devenues plus mauvaises sur les bords de la Seine après l'irruption des pirates du Nord, tandis qu'elles seraient devenues meilleures dans les mêmes conditions sur les rives de la Tamise.

Les croisements n'expliquent pas mieux la prédisposition à la carie. Il est peu probable que les tissus dentaires aient leur autonomie organique, de telle sorte qu'ils puissent être faibles, préparés pour l'exulcération et la nécrose, lorsque l'état général est excellent. Nous avons admis, d'après l'autorité de Virchow, qu'il existait une relation étroite entre le développement des dents et celui des épithéliums; la même remarque peut s'appliquer à la nutrition.

Il faudrait croire, si les dégénérations dentaires précoces sont une des manifestations de l'abâtardissement de la race, que les éléments qui entrent dans le croisement sont peu appropriés : c'est ce qui arrive pour les nègres aux Etats-Unis. Depuis la suppression de la traite, leur disparition ne paraît plus qu'une affaire de temps, mais la faiblesse du système dentaire, les prédispositions à la carie ne représentent qu'une des particularités d'un affaiblissement général. « Par suite du mélange du sang noir au sang blanc, les qualités particulières de la race disparaissent, et le résultat définitif du croisement, c'est une faiblesse constitutionnelle du poumon. (A. H. Thompson) ». S'est-il produit quelque chose d'analogue en Europe ? L'histoire prouve, au contraire, que les races croisées ont montré une vitalité et une puissance d'expansion supérieures à celles des races pures.

(A suivre.)

SUR UNE FORME NON DÉCRITE DE LA PÉRIODONTITE CHRONIQUE

Par M. G. Viau,

Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

L'affection que j'ai l'honneur de vous communiquer n'a pas été, dans cette forme particulière, signalée par les auteurs. Je crois donc intéressant de vous en donner connaissance.

Je veux parler d'une affection alvéolo-dentaire à forme clinique

spéciale, distincte de la périodontite expulsive et de la périodontite chronique simple. Elle se caractérise à la période d'état par la mobilité très grande de la dent atteinte, par la disparition presque complète des parois alvéolaires et par l'absence de suppuration. La maladie ne frappe qu'une seule et unique dent et les lésions qu'elle produit sont nettement limitées à la région correspondant à la dent atteinte. Point de généralisation. Les dents voisines ne présentent aucun trouble du côté de l'alvéole et du ligament et sont, au contraire, très solidement fixées dans le maxillaire. Quoique la carie soit fréquente dans la bouche où cette maladie s'observe, elle paraît n'avoir aucune relation avec cette dernière. L'évolution des phénomènes morbides n'est précédée d'aucune période inflammatoire aiguë, d'aucun symptôme subjectif. Le processus est indolore, lentement progressif. La gencive ne présente que des modifications peu sensibles. Elle est légèrement épaissie, hypertrophiée, décollée au pourtour de la dent malade qui flotte comme dans un sac ; le bord libre de la gencive conserve cependant son niveau normal et recouvre le collet de l'organe atteint. Une légère hyperémie indique l'existence d'un travail inflammatoire.

La dent est indolore à la percussion et aux efforts de la mastication; elle conserve sa coloration normale et ne gêne que peu les malades.

Sur plusieurs cas, que j'ai eu l'occasion d'observer, je n'ai constaté que dans un seul la présence d'une petite carie du 2e degré; les autres en étaient indemnes.

A la période ultime, la mobilité de la dent est extrême, la gencive est plus congestionnée, la résorption alvéolaire complète. La dent ne tient que par quelques fibres à l'extrémité de la racine. Les malades ont accusé de petits élancements profonds, survenant spontanément sans cause apparente. Ces douleurs ne sont jamais persistantes et ne sont que rarement ressenties. Point de suppuration, et point de propagation aux dents voisines.

Le tartre fait presque complètement défaut et n'a, par conséquent, aucune influence dans l'espèce.

La disparition de la membrane alvéolo-dentaire serait en rapport avec l'étendue de la résorption alvéolaire.

Comme on le voit d'après les signes cliniques que je viens de tracer, la maladie doit être rapportée à la classe des affections chroniques du ligament alvéolo-dentaire et du tissu alvéolaire. Mais, d'une part, l'absence complète du processus suppuratif et la présence des altérations histologiques parfaitement localisées, limitées exclusivement à une seule dent, distinguent cette maladie de la périodontite expulsive; d'autre part, le défaut absolu des phénomènes aigus au début et dans le cours de la maladie, la résorption complète des parois alvéolaires, la marche progressive des lésions allant du bord libre de la gencive vers l'extrémité de la racine donnent à cette maladie une forme toute particulière qui ne permet pas de la confondre avec la périodontite chronique simple.

Sous quelles influences évolue cette maladie, et quelles en sont les

phénomènes primitifs, prédominants? Ne s'agit-il pas là plutôt d'une affection inflammatoire du tissu alvéolaire ou autrement dit d'une alvéolite à marche lente et progressive et dont les lésions péridentaires ne sont que secondaires? Cette hypothèse paraît d'autant plus admissible que l'idée de l'infection par un processus septique ayant lieu dans l'intérieur de la dent est repoussée par l'absence de la carie de la dent atteinte ainsi que par la marche successive des lésions. Comme nous l'avons déjà signalé, les attaches ligamenteuses ne persistent dans la période ultime qu'au niveau de l'extrémité radiculaire.

1re Observation.

Mme P.... 38 ans, bonne constitution, assez nerveuse, présentant des phénomènes manifestes d'anémie, résultat du surmenage physique et d'épreuves morales dans les dernières années. A l'âge de 22 ans, elle fut atteinte d'une péritonite, suite d'un accouchement, maladie qui se termina heureusement, sans laisser de traces sur l'économie. En dehors de cette affection, rien d'intéressant dans les commémoratifs et les antécédents de cette personne.

L'examen de la bouche permet de constater des caries multiples, affectant toutes les formes et la plupart des dents; les incisives centrales et latérales de la mâchoire inférieure ne sont même pas respectées; les dents absentes ont été, au dire de la malade, extraites à cause de la carie.

Seule, la première petite molaire du côté gauche de la mâchoire supérieure n'était pas atteinte; mais elle attira notre attention à cause de son état particulièrement anormal.

Au simple examen on remarquait une congestion de la gencive, limitée à la racine de la dent; la gencive était sensiblement hypertrophiée, mais conservait le bord libre à son niveau normal; la teinte de la dent n'a subi aucune modification, elle est restée blanche, transparente, vivante.

En touchant la dent, on est frappé de sa mobilité extrême, caractéristique; on dirait que la dent ne tient que par un petit pédicule attaché à son extrémité radiculaire; les mouvements imprimés à la dent entraînent ceux de la gencive; en effet, les parois alvéolaires ont entièrement disparu et cette résorption complète, définitive, masquée par la gencive, en apparence à peu près normale, est des plus singulières.

En pressant la gencive le long de la racine, en descendant de l'extrémité vers le collet, il était impossible d'observer la moindre suppuration. Pour bien préciser notre exploration, nous priâmes la personne de venir nous voir le matin avant l'emploi de la brosse, et, cette fois comme les autres, nous ne pûmes que confirmer notre constatation première.

Il faut ajouter que la malade est venue nous consulter pour une autre dent atteinte de pulpite; elle ne se plaignait point de la dent qui a fixé notre attention, elle s'en servait franchement, sans éprouver de gêne appréciable.

A la percussion, la dent restait indolore; la pression de la gencive au niveau de la racine malade n'occasionnait aucune sensation désagréable, pénible; rien, dans les symptômes subjectifs présents, ne témoignait ce long processus chronique de la résorption alvéolaire et péridentaire.

La malade affirme n'avoir jamais souffert de cette dent. Les quelques

rares élancements qu'elle éprouve parfois du côté correspondant sont, selon elle, dus aux autres dents cariées.

Il va de soi que notre manière d'envisager l'origine de ces douleurs, très rares à la vérité, est toute différente de celle de notre patiente. Nous ne saurions trop accuser la dent d'être la cause réelle de ces phénomènes subjectifs.

La malade n'a pas consenti à l'extraction de cette dent; elle a cependant promis de nous l'apporter, afin de la soumettre à l'examen microscopique.

IIe Observation.

Mlle V..., 19 à 20 ans, Irlandaise, bonne constitution, supporte aisément les opérations dentaires, quoique nerveuse; en apparence santé satisfaisante. Rien de bien intéressant dans les commémoratifs ni dans les antécédents.

Elle vient nous consulter pour une carie simple, superficielle de la petite incisive gauche de la mâchoire supérieure; les autres dents cariées ont été obturées antérieurement.

La petite incisive est un peu plus foncée que son homologue du côté opposé, ce qui peut être attribué à la diffusion de la matière colorante dans l'intérieur des canalicules dentaires.

La gencive est faiblement congestionnée au niveau de la racine malade; un liseré violacé, ou longeant le bord alvéolaire, atteste l'usage d'une poudre charbonneuse. Son bord libre est légèrement épaissi et décollé autour de la dent; en somme, rien de particulier à l'aspect.

La dent est très mobile; elle n'est pas allongée et n'articule pas avec la dent antagoniste de la mâchoire opposée; elle n'est nullement douloureuse à la percussion; la pression de la gencive au niveau de l'extrémité radiculaire n'occasionne aucune sensibilité douloureuse; un stylet d'exploration, introduit entre la gencive et la racine de la dent malade, permet de constater la résorption étendue du rebord alvéolaire.

Point de suppuration, point de douleur.

Remarquons que la mobilité de cette dent ne saurait être, en aucune façon, attribuée à la constitution spéciale du ligament alvéolo-dentaire, comme chez des personnes faibles, délicates; que les autres dents, ainsi que les dents voisines, étaient solidement fixées et ne présentaient point cette mobilité caractéristique.

IIIe Observation.

Mlle L..., âgée de 37 ans, bien portante, bonne constitution, nerveuse, emportée. Dans son adolescence, elle a été atteinte à plusieurs reprises de maladies assez graves, dont elle ne sait préciser la nature et qui n'ont pas laissé de traces sur sa santé.

La bouche est dans un état défectueux. Point de soins hygiéniques; à la mâchoire supérieure, nombre de dents font défaut; autour des dents restantes la gencive présente au niveau de son bord libre et à sa face externe un liseré noirâtre dû à la présence d'un demi-anneau de tartre, dur, tenace, résistant, se détachant en bloc et laissant après lui une surface sensible au toucher et aux influences des températures élevées ou basses. Nombre de caries commençantes.

A la mâchoire inférieure on constate la présence de quelques vieilles racines; l'absence de quelques dents extraites par suite de carie. Le tartre existe en abondance à ses points d'élection habituels. Point de carie sur les dents conservées.

Une petite molaire du côté gauche attire notre attention par sa mobilité extrême; un examen minutieux permet d'y reconnaître les mêmes symptômes que ceux constatés dans les deux cas précédents; point de douleur à la percussion, point de suppuration, point de résorption gingivale; enfin, comme dans les deux autres cas, disparition presque complète des parois alvéolaires.

Un seul fait qui distingue le cas présent, c'est la sensiblité aux impressions thermiques et mécaniques.

IVe Observation.

Mlle J..., âgée de 27 à 30 ans, constitution assez satisfaisante, présentant des symptômes peu prononcés d'anémie, peureuse, développement intellectuel médiocre; a été atteinte d'affections peu graves, dont elle ne connaît pas la nature; pendant un temps assez long elle fit usage de préparations ferrugineuses. En dehors de ces commémoratifs, rien d'intéressant; il en est de même de ses antécédents.

La bouche est dans un état défectueux; insuffisance de soins hygiéniques, concrétions tartriques aux lieux d'élection habituels et particulièrement dans la région des molaires supérieures au niveau du conduit de la glande parotidienne.

Caries multiples du second degré; la mâchoire supérieure est plus sensiblement atteinte; les couronnes de six dents font défaut par suite de la destruction progressive de la carie.

Les gencives sur toute leur étendue sont légèrement congestionnées, résultat d'une hygiène buccale défectueuse. Elles sont rouge-violacé au niveau de deux racines atteintes de périodontite chronique, avec trajet fistuleux s'ouvrant à la face externe de la gencive.

Une petite incisive supérieure droite est atteinte de carie profonde. Elle est très mobile par rapport aux dents voisines qui sont au contraire solidement implantées; la gencive décollée, légèrement congestionnée conserve le bord libre à son niveau normal. La pression, la percussion, la mastication exercées sur la dent sont absolument indolores; la personne n'en a jamais souffert.

En pressant de haut en bas la gencive au niveau de la dent en question, nous ne pouvions percevoir aucune trace de sécrétion purulente; cette constatation a été faite à plusieurs reprises.

Les parois alvéolaires ont été absorbées sur une notable étendue. Une sonde d'exploration, insinuée entre la racine de la dent malade et la gencive sus-jacente, n'a rencontré aucun obstacle sur son trajet; nous pouvions ainsi atteindre la partie voisine de l'extrémité radiculaire sans provoquer de douleur.

La maladie affectait la période d'état.

LES LÉSIONS DES MUQUEUSES DE LA BOUCHE

Par M. Godschaux-Worms, de Montevideo.

J'ai lu dans *l'Odontologie* du mois de juillet 1892 un article extrait du *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, intitulé *Lésions des muqueuses de la bouche entretenues par des dents saines. De leur traitement.*

A propos des observations citées dans ledit article, j'ai aussi deux cas qui me paraissent intéressants.

Mlle X..., âgée de 18 ans à peu près, me fut recommandée en 1889 par son médecin, afin de voir si ses dents pouvaient être la cause de l'ulcère assez étendu qu'elle avait sur la face dorsale de la langue, un peu à gauche de la ligne médiane, et qui avait depuis deux mois résisté à tous les traitements.

La malade avait toutes les dents parfaitement saines.

J'examinai minutieusement les molaires du côté gauche et, quoique je n'eusse rien trouvé pouvant m'indiquer franchement la cause, je passai cependant légèrement la meule sur tous les points suspects. Je recommandai à la malade de revenir me voir deux jours après, mais elle ne revint plus. Je sus par son médecin, quelques jours après, qu'elle était complètement guérie.

M. X..., 32 ans, a eu la syphilis, porte un dentier au maxillaire supérieur et n'a qu'une grosse molaire de chaque côté du même maxillaire. Il y a un an environ, il vint me montrer une ulcération au bord supérieur de la langue, du côté droit, en accusant la dent qu'il avait de ce côté d'en être la cause ; quoiqu'elle fût saine, il voulait se la faire arracher. Je lui conseillai d'avoir un peu de patience, en lui disant qu'avant de sacrifier sa dent, qui lui était très utile, je voulais essayer autre chose. Je lui mis une couche de gutta sur la dent, que je renouvelai de temps en temps et après quelques jours mon client allait tout à fait bien.

Le premier cas me paraît surtout intéressant, parce qu'il prouve, contrairement à ce que suppose l'auteur de l'article ci-dessus cité, que la meule peut être employée dans certains cas avec beaucoup de succès.

REVUE DE L'ÉTRANGER

LA PULPE DENTAIRE

CONSIDÉRATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Par M. Paolo CARRERAS, de Pise

(Suite.)

Comme je l'ai déjà indiqué, lorsque la racine d'une dent est complètement formée jusqu'à son apex, en même temps que l'ouverture qui donne accès au faisceau nervo-vasculaire de la pulpe se rétrécit pour prendre son diamètre normal et que la couronne respective est sortie du tout par le même alvéole jusqu'au collet de la dent, c'est alors seulement que la papille de l'ivoire peut s'appeler pulpe

dentaire. Cela se remarque pendant l'adolescence, et à ce moment la dent, entièrement formée, n'augmente pas à la surface externe, mais la pulpe dentaire n'a pas cessé de fonctionner. En effet, tandis qu'à cette période de la vie cet organe est assez volumineux et par suite la cavité qui le contient est assez vaste, en avançant en âge de nouvelles couches de dentine se forment à la surface de la pulpe, de sorte que la cavité qui la contient se resserre graduellement, tandis que la pulpe diminue en même temps de volume. Quand l'individu est arrivé à l'âge adulte, la pulpe dentaire a un petit volume par rapport à la dent. Ce fait tendrait à prouver la justesse de l'opinion de Waldeyer et de Bool, à savoir que la dentine résulte d'une transformation directe des odontoblastes [1].

A cette période de la vie la fonctionnalité de la pulpe reste presque stationnaire, si des causes accidentelles ne l'excitent pas; mais quand l'individu s'approche de la vieillesse et que ses dents commencent à être usées par l'attrition, la pulpe dentaire, ressentant l'action excitante des agents externes, produit graduellement de la dentine nouvelle qui va en resserrant la cavité qui la contient, tandis que celle-ci diminue toujours plus de volume et s'atrophie peu à peu. Une fois à une vieillesse avancée, surtout si l'érosion de la dent est assez étendue, la pulpe dentaire se trouve atrophiée et la cavité qui la contenait est oblitérée.

Tout cela rentre dans les changements physiologiques auxquels est sujette la pulpe dentaire, et, en fait, l'individu n'en éprouve pas de trouble; mais quand la pulpe dentaire est entièrement atrophiée, la dent, manquant d'une de ses sources de vitalité, devient plus facilement branlante par l'atrophie successive du périoste intra-alvéolaire.

De plus, dans sa structure histologique, la papille de l'ivoire, ainsi que cela a été dit, subit une métamorphose du moment où elle cesse de faire partie du germe dentaire et devient pulpe dentaire. Puis, tandis que dans la dent en voie de développement les odontoblastes se découvrent à la surface avec leur forme caractéristique, quand la dent est parfaitement développée, leur forme est moins distincte et se rapproche plus de celle des cellules sous-jacentes ; de même, avec l'âge, les éléments cellulaires diminuent et le tissu fibrillaire conjonctif prédomine.

Puis, quand survient une lésion superficielle sur la couronne d'une dent, les impressions produites par des changements de température ou par l'action des acides se transmettent à la pulpe dentaire, alors il se forme dans la cavité de la pulpe et au point correspondant à la lésion externe une couche de dentine secondaire, avec laquelle la nature semble vouloir réparer cette lésion.

En outre quelquefois la pulpe dentaire, sous l'influence d'irritations légères, mais continues, donne naissance dans son intérieur à des nodules de dentine secondaire, appelés *odontèles*, qui semblent dûs à la transformation de ses cellules profondes en tissu éburné;

---

1. Waldeyer. *Handbuch der Striker*, vol. I.

nodules de dentine qui, dans les dents mortes, quand la pulpe dentaire est détruite par putréfaction, se trouvent mobiles dans la cavité de la pulpe elle-même. Ces nodules peuvent être uniques ou multiples. D'autres fois cette métaplasie de la pulpe dentaire ne se limite pas à un point de celle-ci, mais s'étend à la totalité de l'organe, lequel, consolidé par le tout, conserve la forme qu'avait primitivement la pulpe, comme on le voit dans la fig. 1.



Fig. 1.

Ces faits confirment l'opinion de Waldeyer et de Bool, mentionnée plus haut, que la production de la dentine est dûe à une transformation directe des cellules de la pulpe en substance calcifiée, parce que, comme il ne reste plus trace de tissu mou, celui-ci se trouve transformé en substance éburnée, quoique conservant la forme de l'organe primitif.

Il faut noter également que, avec l'âge, quand la cavité de la pulpe dentaire se rétrécit par suite de la formation de nouvel ivoire à la surface de la pulpe, la dentine de nouvelle formation est continue avec la dentine préexistante. Dans la formation éburnée de la pulpe entière par irritation lente de celle-ci, la pulpe dentaire consolidée dans la partie appartenant à la couronne de la dent n'est pas en continuité avec le tissu et n'est pas intimement unie aux parois qui constituent la cavité de la pulpe dentaire, tellement que, la dent étant brisée, la pulpe consolidée peut s'isoler et elle présente la forme qu'avait la pulpe dentaire dont elle tire son origine. Seulement elle se trouve dans la continuité du tissu avec l'ivoire normal qui constitue la base de la cavité de la pulpe et les racines des dents (v. fig. 1).

Quant à la structure de la pulpe consolidée, jusqu'à ces derniers temps les auteurs n'en avaient pas parlé.

Tomes dit seulement que, dans certains cas, la pulpe dentaire est susceptible de *calcification* et cite un cas dans lequel celle-ci serait survenue dans une dent fracturée tandis qu'on essayait de l'avulser,

admettant que la calcification est déterminée quand la pulpe est à nu ; mais il ne parle pas de la structure histologique de la pulpe qu'il traite de calcifiée [1].

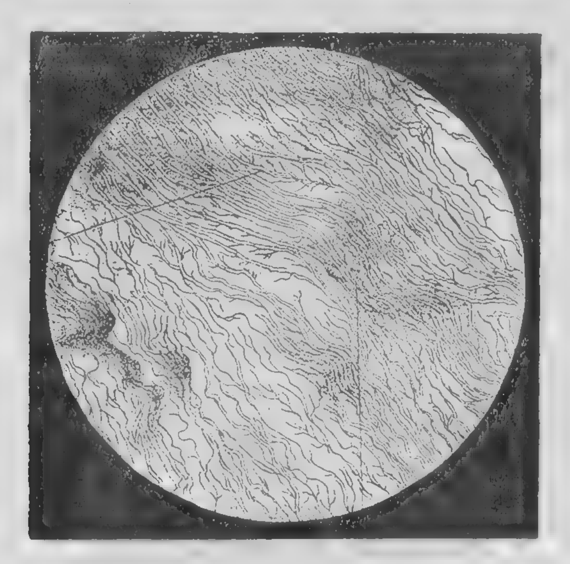


Fig. 2.

Harris[2] déclare que la pulpe *s'ossifie* et, sans parler de sa structure histologique, il dit simplement qu'elle se convertit en une substance semblable au cément qu'il appelle, comme Owen, *ostéo-dentine* [3]; mais dans l'espèce humaine, comme je chercherai à le démontrer, ce nouveau tissu n'a aucun caractère qui puisse le faire ressembler au tissu osseux ou au cément.

M. Weil, de Munich, a fait au congrès des naturalistes et médecins allemands tenu à Brême le 20 septembre 1890 une communication sur les odontèles ou noyaux de la pulpe dentaire et, en parlant de la structure de ces néo-formations, il dit :

« Leur substance fondamentale est granulaire, très rarement sans structure : celle-ci forme l'élément principal de ces corps dans lesquels on trouve constamment comme éléments en plus ou moins grande quantité les canalicules éburnés. » Et plus loin : « J'ai vu des odontèles abondamment entrecoupés de canaux qui ne le cédent pas à la dentine et d'autres dans lesquels ceux-ci étaient distribués en petite quantité, et j'ai observé que le cours de ces canalicules est d'autant plus irrégulier qu'ils sont moins nombreux. »

Des recherches que j'ai faites touchant la consolidation de toute la pulpe dentaire il résulte qu'il ne s'agit pas de calcification et encore

1. Tomes, *Chirurgie dentaire*, 1883, p. 424.
2. Harris, *Art du dentiste*, 1884, p. 237.
3. *Ibidem*, *Loc. cit.*, p. 430.

moins d'ossification, mais bien de la transformation en substance éburnée, qu'on peut appeler, ainsi que cela a été dit plus haut, *métaplasie éburnée de la pulpe dentaire* ou bien *éburnification* de cet organe. A vrai dire, cette néo-formation est de la vraie dentine traversée par des canalicules irréguliers dans leur direction et très ramifiés. J'ai constaté également, dans l'éburnification de toute la pulpe dentaire, ce que dit Weil des odontèles, à savoir que, dans tous les cas où les canalicules sont plus nombreux; leur cours est plus régulier (v. fig. 2), et inversement que, où ils sont moins nombreux et où domine la substance fondamentale, leur cours est très irrégulier et ils sont par paquets très ramifiés, comme dans la fig. 3.

Il résulte donc de l'examen direct que l'opinion de ceux qui croient que la pulpe dentaire s'ossifie et qu'il en dérive un tissu semblable au cément n'est pas fondée [1], parce que cette métaplasie de la pulpe

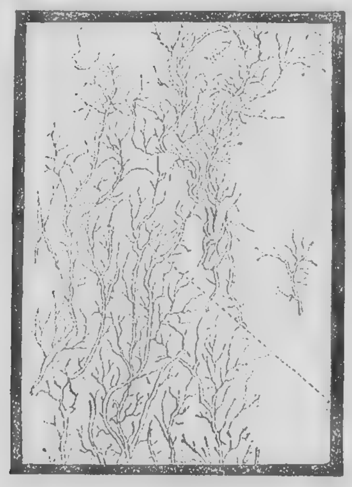


Fig. 3.

donne naissance à de la dentine véritable et n'a pas les caractères du tissu osseux. On ne peut donc dire avec Tomes qu'il s'agit d'une simple calcification parce que la consolidation de la pulpe ne provient pas d'un simple dépôt moléculaire des sels calcaires, mais bien d'une transformation directe des éléments de la pulpe en substance éburnée, comme cela résulte des fig. 2 et 3 et comme Waldeyer l'a démontré pour l'ivoire normal.

Le fait de l'éburnification de la pulpe se vérifie normalement chez le cheval et autres herbivores quand leurs dents sont usées par l'attrition jusqu'à proximité de la cavité pulpaire ; tellement que, quand l'érosion arrive à ladite cavité en correspondance avec la face triturante, celle-ci se trouve fermée par un tampon d'ivoire, appelé par les zoologistes *étoile dentaire*, qui, chez le cheval, a la forme d'un

1. Harris, *loc. cit.*, p. 432.

tronc de cône avec le sommet dirigé vers la cavité de la pulpe, et chez le bœuf, la forme d'une demi-sphère, dont la partie sphérique est tournée vers la cavité de la pulpe. Mais chez ces animaux également la pulpe dentaire consolidée n'est pas en continuité de tissu avec la dentine préexistante, de sorte qu'elle peut s'isoler facilement. On comprend aisément comment, dans ce cas aussi, la cause de cette transformation est la même, c'est-à-dire une irritation lente et prolongée, produite par les agents externes, par l'usure progressive de la couronne.

Les caractères enfin du tissu dans lequel la pulpe de ces animaux se transforme ne sont pas identiques à ceux qu'on observe dans l'espèce humaine parce que, tandis que dans la partie périphérique c'est de l'ivoire pur traversé par des canalicules touffus, dans la partie centrale on aperçoit des éléments qui rappellent les cellules osseuses du cément; et c'est peut-être là la raison pour laquelle Owen a appelé en général ostéo-dentine le tissu qui résulte de la consolidation de la pulpe dentaire. Si enfin on examine avec attention ce tissu, on se convainc clairement que, chez les herbivores aussi, le produit de la consolidation de la pulpe est de l'ivoire véritable comme dans l'espèce humaine et il n'y a rien qui puisse se rapporter à du tissu osseux.

Comment pourra-t-on à présent expliquer cette transformation de toute la pulpe dentaire en ivoire, restant séparée dans sa partie coronaire de la dentine préexistante, à la différence de ce qu'on constate physiologiquement, avec l'avancement en âge de l'individu, auquel cas la cavité de la pulpe se rétrécit par suite du nouvel ivoire qui se forme à la surface interne mais reste en continuité de tissu avec l'ivoire préexistant?

Je n'ai pas la prétention d'avoir résolu cet important problème scientifique, je me borne à émettre mon opinion. J'estime que l'irritation lente et continue détermine d'abord la nécrose des fibrilles de Tomes de façon que celles-ci se détachant des cellules périphériques de la pulpe dentaire, cette dernière demeure ainsi isolée de l'ivoire qui constitue la couronne de la dent dernière. La pulpe dentaire, conservant toute sa vitalité grâce aux substances nutritives qu'elle reçoit de ses vaisseaux sanguins, plutôt excitée par les agents externes en raison de ce que l'émail est imparfait, et cela au moyen des fibrilles de Tomes toujours existantes à la base de la couronne de la dent, en continuant à alimenter l'ivoire déjà formé, emploie ses produits calcaires à son propre avantage. La pulpe dentaire alors, ainsi isolée de l'ivoire préexistant, se transforme en ivoire, comme s'il s'agissait d'une nouvelle dent privée d'émail dans la cavité qu'occupait la pulpe, de sorte que, à mesure que l'éburnification de la pulpe s'accomplit, celle-ci s'épuise graduellement comme il arrive pour l'organe générateur de l'émail.

Dernièrement, au moment où j'allais donner à l'impression cette monographie, M. Scheff, de Vienne, a publié un manuel d'odontologie dans lequel il traite des formations solides de la pulpe dentaire, en reproduisant un travail de M. Schlenker qui divise ces néo-

formations en *émailoïdes*, *émail-dentinoïdes*, *dentinoïdes*, *ostéoïdes*, *dentino-ostéoïdes*, et *calculoïdes* et cela à la suite des substances qu'il prétend avoir trouvées constituées [1].

Pour moi, conformément à ce que j'ai dit, je n'ai trouvé que de l'ivoire pur dans mes recherches sur ces néo-formations examinées chez l'homme, le bœuf et le cheval. On pourrait croire que cet auteur a rencontré les autres éléments qu'il cite dans les autres animaux, parce que, en parlant de ces formations solides de la pulpe dentaire, il ne dit pas chez quels animaux il les a étudiées [2].

Ce qui m'a surpris est ce qui se réfère aux produits appelés par Schlenker émailoïdes et calculoïdes.

Cet auteur déclare avoir constaté des émailoïdes libres entraînés avec d'autres dentinoïdes au milieu du parenchyme de la pulpe et il donne la section de deux émailoïdes adhérents, un à la partie supérieure de la cavité de la pulpe, qu'il appelle *toit*, et l'autre à la partie correspondante à la base de ladite cavité, qu'il appelle *pont*, peut-être parce qu'elle joint les canaux radiculaires [3].

Pour moi, me gardant bien de contester la vérité du fait, j'estime qu'il est permis de craindre qu'on n'ait pas étudié avec le soin voulu la véritable nature de ce tissu (qui n'apparaît pas clairement dans la figure) et que l'auteur ne se soit laissé induire en erreur par une fausse apparence [4].

En effet, avec les connaissances physiologiques que nous avons sur l'odontogenèse, on comprend mal comment il peut se former des produits d'émail dans l'intérieur de la cavité de la pulpe et encore moins au centre de la pulpe elle-même, parce que une fois, la cavité de la pulpe proprement dite ou papille de l'ivoire formée, celle-ci, avant que l'organe de l'émail soit épuisé, est séparée de cet organe au moyen de l'ivoire qui constitue la couronne de la dent et qui entoure la cavité dans laquelle la pulpe est contenue, et il est étrange que de la papille de l'ivoire, privée de tissu épithélial, il puisse se former de l'émail.

Pour expliquer ce fait, il faudrait admettre uniquement que deux germes se sont trouvés renfermés dans le même follicule, superposés l'un sur l'autre, et que celui du dessous a avorté en partie et est demeuré enfermé dans la pulpe dentaire ou germe de l'ivoire du premier, d'où il doit avoir donné naissance à tous les productions d'émail rencontrées. Mais, même en admettant cette hypothèse hasardée, comment l'organe ou le tissu épithélial qui a engendré cet émail pourrait-il se trouver en communication avec l'épithélium buccal? Cela n'est pas indiqué [5].

De plus, on aurait dû rencontrer des produits d'émail confondus avec l'ivoire qui constituait la couronne de la première dent et, dans

1. Scheff, *Handbuch der Zahnheilkunde*, 1892, p. 337.
2. Scheff, *loc. cit.*
3. — — p. 337.
4. — — fig. 58, p. 338.
5. — — p. 337, 338.

la partie molle de la pulpe toujours existante, comprise entre ces néo-formations, on devait trouver trace de leur organe générateur, d'autant plus que l'auteur fait remarquer que la formation trouvée au toit de la cavité était toujours en état de produire de l'émail [1].

Les émailoïdes pourraient se trouver en un point quelconque de la surface externe des dents, et de plus dans la bifurcation des racines, comme j'en possède divers spécimens, mais cela s'explique en admettant qu'un groupe de cellules du tissu épithélial, qui constitue l'organe générateur de l'émail, adhère au point où il a donné naissance à ces émailoïdes et par suite, en raison d'un tiraillement dans le développement ultérieur, que lesdites cellules se soient détachées de l'organe générateur de l'émail et aient abandonné leur produit au point où elles étaient insérées.

A l'égard des calculoïdes, il n'y a rien qui empêche d'admettre une concrétion calcaire dans la pulpe, mais on ne conçoit pas comment, quand ledit auteur fait observer que ces produits consistent seulement en sels calcaires et se forment de la même manière que l'ossification des artères, il peut dire que, en les broyant et en soumettant la poussière au microscope, on y trouve des traces de substance semblable au cément et à la dentine, d'autres à des particules de tissu conjonctif. Ces deux assertions ne concordent pas entre elles.

Arrivant maintenant aux autres altérations pathologiques auxquelles peut être sujette la pulpe dentaire, je ferai observer que les excitants extérieurs, qui agissent sur cet organe, ne donnent pas toujours simplement lieu à un développement d'ivoire de nouvelle formation ou à la transformation complète de l'organe en substance éburnée, puisque, en fait, l'irritation, dépassant certaines limites données, produit ou une simple hyperémie ou même une véritable phlogose, qualifiée du seul mot *pulpite*.

La pulpite peut être *subaiguë*, *aiguë* ou *chronique*.

La première, appelée quelquefois *irritation* de la pulpe, se détermine facilement quand, sur la couronne d'une dent, il existe une lésion superficielle produite par une cause chimique, par une cause mécanique ou par une carie commençante ; mais on peut aussi l'observer chez les dents ne présentant aucune lésion et cela principalement par les brusques variations de température.

Quand la pulpe dentaire est affectée de pulpite subaiguë, on constate dans cet organe un degré d'hyperesthésie très marqué sous l'impression du chaud et du froid, au contact des substances acidulées ou sucrées, d'un corps métallique ou d'un corps quelconque. Cette hyperesthésie est limitée aux fibrilles de Tomes, par lesquelles la douleur peut se transmettre à la pulpe, si bien que, en cas de lésion superficielle de l'émail, si nous faisons une cautérisation superficielle sur la dentine découverte, la sensibilité exagérée cesse.

On croit que celle-ci est due à un état légèrement hyperémique des vaisseaux sanguins de la pulpe dentaire, par suite duquel la plus petite cause irritante, augmentant momentanément le flux sanguin,

1. Scheff, *loc. cit.*, p. 338.

occasionne de la douleur par la pression que lesdits vaisseaux, irrités par une plus grande quantité de sang, déterminent sur les filaments nerveux.

Il est difficile de prouver cela expérimentalement car, chez les animaux inférieurs, il n'est pas possible d'apprécier avec exactitude les symptômes, d'établir qu'une dent est atteinte de pulpite subaiguë, ou que sur une dent on la détermine artificiellement, tandis que chez l'homme nous ne sommes pas autorisés à sacrifier une dent atteinte de simple pulpite subaiguë. Mais, en tenant compte de ce qui se passe dans la pulpite aiguë, comme nous allons le voir, de la façon dont se détermine l'impression douloureuse, c'est-à-dire de la douleur lancinante, de son instantanéité et de sa cessation aussitôt que cesse la cause irritante qui l'a produite, il est permis de dire que l'hyperesthésie des fibrilles de Tomes est réellement due à un léger degré d'hyperémie de la pulpe à laquelle l'impression douloureuse se transmettrait par le protoplasme desdites fibrilles, sans qu'il soit prouvé, comme nous l'avons dit, que les filaments nerveux s'introduisent dans les canalicules de l'ivoire.

La pulpite aiguë consiste dans une véritable congestion des vaisseaux sanguins qui traversent la pulpe, lesquels, trop fournis de sang et incapables de se dilater par suite de la résistance invincible que leur opposent les parois de la cavité pulpaire, compriment vigoureusement les nerfs de la pulpe, déterminant la douleur lancinante caractéristique de cette maladie, douleur qui augmente quand le patient prend la position horizontale et s'expose à la chaleur, auquel cas on remarque clairement l'exagération de la pulsation artérielle.

Du reste, si nous préparons pour l'examen microscopique une pulpe enlevée d'une dent extraite à la suite et à cause d'une pulpite aiguë, nous trouvons que réellement ses vaisseaux sanguins sont turgides par une stase, probablement déterminée par une circulation empêchée par l'étranglement des capillaires veineux à la suite et à cause d'une compression causée par les tissus enflammés de la pulpe et que cette inflammation s'étend à la totalité de l'organe. On observe d'autres globules blancs, qui adhèrent en grand nombre aux parois des vaisseaux, tandis que d'autres en sont bannis et, conjointement avec les globules rouges, ont pénétré dans le tissu conjonctif.

(*Il Progresso Dentistico.*)

(*A suivre.*)

HERPÈS FACIAL CONSÉCUTIF AU MAL DE DENTS

Par M. Georges CARPENTER.

Le but de cette communication est de faire connaître à la profession une affection qui, autant que je sache, n'a pas encore été décrite ou plutôt dont la cause n'a pas été reconnue, devrais-je dire.

On comprend deux espères de maladies sous le terme générique d'herpès : dans l'une l'origine nerveuse est incontestable, dans l'autre l'influence des nerfs n'est pas aussi claire.

Dans le zoster, l'éruption est due à une irritation directe des nerfs aboutissant à la peau de la région et peut être causée par l'irritation du tronc nerveux dans toute partie de sa course. Un grand nombre d'autopsies ont prouvé que l'irritation a la forme d'une inflammation dans le ganglion spinal postérieur.

La névrite du nerf à un point quelconque de son trajet est cependant tout à fait suffisante pour le produire. Une atteinte portée à la corde spinale a également amené cette affection, de même qu'une maladie de ce centre nerveux.

La particularité qu'elle présente est que le cours des nerfs attaqués est fortement marqué par l'éruption herpétique. Une deuxième attaque est exceptionnelle. Chez les adultes, elle est fréquemment accompagnée de douleur, et chez les personnes âgées elle est suivie quelquefois d'une névralgie intraitable.

Dans la seconde espèce, l'éruption est semblable en apparence, mais elle diffère en ce qu'elle ne suit pas le cours d'un tronc nerveux d'une manière si évidente et qu'elle est plutôt symptomatique. Ainsi des plaques d'herpès près de la bouche peuvent accompagner diverses maladies des voies bucco-respiratoires, par exemple la pneumonie, l'amygdalite, la diphtérie, un rhume ordinaire, etc. Cette variété a du rapport avec l'herpès prépucial qu'on remarque dans les cas d'irritation survenant dans les voies génito-urinaires. A l'encontre du zona, elle reparaît fréquemment et, dans beaucoup de cas, elle n'est pas unilatérale.

Cela posé, j'aborde le sujet de cette communication et comme exemple je cite un cas.

J. N., enfant mâle de 9 ans, fut conduit de ma clinique à l'hôpital Evelina pour les enfants, le 11 novembre 1889, pour une éruption de la face. Il avait souffert d'un mal à la figure le 5 et l'éruption avait éclaté le 7. Sa mère et lui-même déclarèrent qu'on n'avait appliqué que de l'eau tiède. L'enfant, interrogé plus longuement, ajouta que la douleur avait commencé aux dents et puis avait atteint sa figure.

La partie attaquée était la joue droite. Il y avait une petite plaque d'herpès à l'angle de la bouche. Il y avait six larges plaques de vésicules opaques sur la joue proprement dite (entre l'apophyse zygomatique, la branche du maxillaire, le corps de cet os (bord inférieur) et le prolongement vers le bas du repli naso-labial) et elles étaient si rapprochées à certains endroits qu'il était impossible de distinguer des vésicules isolement, mais ailleurs les plaques étaient très nettement constituées par des lésions séparées. Mêlés à ces plaques plus larges et les entourant, il y avait des vésicules simples et de petits groupes, de la grosseur environ d'une tête d'épingle. Il y avait une certaine rougeur sur toute la partie malade.

Voici maintenant un extrait des notes prises par M. R. Denison Pedley sur ce cas, pour qu'on se fie à leur exactitude :

« *Etat de la bouche.* — Dents bonnes en général. Du côté droit une

racine noire nécrosée de la deuxième molaire inférieure temporaire. La première molaire permanente supérieure était cariée et branlante ainsi que la molaire temporaire du devant. Toutes trois furent enlevées. On constata alors que la molaire permanente supérieure était profondément cariée; la membrane alvéolo-dentaire de la face mésiale était fort enflammée et fort épaissie, surtout sur la racine palatine, à l'apex de laquelle on remarquait les restes d'un petit abcès. Les deux racines buccales n'étaient pas complètement développées. Les racines partiellement absorbées de la molaire temporaire étaient en contact intime, sur la face distale, avec la molaire permanente, et le périoste à cet endroit était aussi fort enflammé et épaissi. Il y avait eu une enflure sur le côté droit de la face antérieurement. »

Il arrive journellement, bien entendu, que des gens souffrant du mal de dents appliquent divers remèdes sous forme de contre-irritants pour la face, mais ici il n'en a pas été de même. L'éruption également, à l'opposé d'une dermatite, était due à cette cause.

En outre du cas que je viens de rapporter, j'en ai vu deux autres quelque peu semblables.

Combiné avec le mal de dents, j'ai eu occasion d'observer l'herpès à l'angle de la bouche, du même côté, dans diverses occasions ; — on remarquera que le cas précité présentait ce symptôme indépendamment de ceux mentionnés.

Il est à peine besoin d'ajouter que le nerf sensitif qui traverse la joue provient du 5e nerf.

Le nerf maxillaire supérieur (2e div., 5e), en débouchant du foramen infra-orbital se divise en branches qui garnissent le côté du nez, la lèvre supérieure et la paupière inférieure. Ces branches se relient avec le nerf facial. Le nerf dentaire inférieur (3e div., 5e), en quittant les dents, passe sur la joue par le foramen du menton et projette là, afin de pourvoir la face, une branche externe pour le tégument de la joue et une branche interne pour la lèvre inférieure. Toutes les deux rejoignent le nerf facial. Celui-ci (7e), le nerf moteur, communique librement avec les deux divisions inférieures du 5e, par ses branches infra-orbitales et la division cervico-faciale. Ces deux nerfs forment un plexus dense sur le côté de la joue.

On remarquera que mes cas étaient sous un rapport tout différents du zona, et ne correspondaient pas clairement dans cette éruption à la distribution des troncs nerveux du 5e nerf, mais il faut se souvenir que les ramifications terminales de ceux-ci sont un tissu inextricable de nerfs sous-jacents à la surface cutanée de la joue, les troncs eux-mêmes étant relativement courts.

La connexité entre la cause et l'effet sous la forme d'une irritation dentaire nerveuse, suivie d'herpès facial, a semblé trop intime pour qu'on classe ces cas sous la rubrique *herpès symptomatique* et je suis porté à les considérer comme un véritable zona causé par une névrite d'un filament dentaire nerveux s'étendant probablement jusqu'au tronc principal du nerf ou peut-être d'origine reflexe par le ganglion gassérien.

De plus, dans l'herpès symptomatique, il se produit des différences occasionnelles. Ainsi, dans un cas accompagné de froid et de

fièvre, la totalité des lèvres était comprise dans une éruption herpétique et quelques vésicules herpétiques avaient envahi le siège de l'origine du nerf maxillaire supérieur au foramen infra-orbital. Ce cas peut être classé sous un titre composé. Encore une fois, je ne crains pas d'affirmer que le zoster ne coïncide pas toujours avec la totalité d'une région nerveuse donnée et cela peut se produire plusieurs fois.

Depuis quelques années, j'ai de temps en temps des retours de plaques herpétiques sur la fesse droite. Cet herpès se montre en toute saison, est accompagné de brûlure et de démangeaison et couvre un espace de la grandeur de la section d'un œuf de pigeon ; il occupe toujours la même situation. Cependant je suis, en apparence, en parfaite santé. Cette éruption s'est produite au moins une douzaine de fois.

La plaque a été vue par le Dr Colcott Fox et présentait une éruption herpétique incontestable, et, la dernière fois, deux plaques nouvelles se sont montrées sur le trajet du nerf et le Dr Fox ne put qu'admettre avec moi que c'était du zoster typique.

Il est difficile de déraciner l'idée que celui-ci est dû à quelque irritation de l'un des filaments cutanés du petit nerf sciatique, à un endroit de son trajet entre son origine et sa distribution, quoiqu'il n'ait pas suivi clairement un des troncs nerveux, si ce n'est cette fois.

Le zoster de la 1re division du 5e nerf n'est pas une affection rare et si tel est le cas, pourquoi les deux autres divisions de ce nerf n'en souffriraient-elles pas ?

Mon but principal, c'est d'appeler l'attention sur ce phénomène dans l'espoir qu'il soit l'objet d'observations plus étendues de la part de ceux qui ont l'habitude de voir des affections dentaires.

Cette communication a également un côté pratique, tout en soulevant des points d'un intérêt capital sous le rapport de l'étiologie. Une éruption présentant ce caractère sur la joue devrait amener un examen des dents, même si l'attention du patient n'y avait pas été appelée et une visite chez le dentiste, en cas de besoin, si l'on ne s'est pas déjà adressé à lui.

(*British journal of Dental science.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LA RÉGLEMENTATION EN ESPAGNE

Nous donnons ci-dessous les diverses ordonnances royales constituant la réglementation de l'art dentaire en Espagne.

4 juin 1875. — Création de la profession et du titre de chirurgien-dentiste avec obligation pour celui qui exerce cette spécialité d'obtenir

ce titre dans les deux ans qui suivront la publication de ladite ordonnance.

8 *février* 1876. — Le Ministre de l'Intérieur nomme un professeur *dentiste* pour les établissements publics d'assistance et les hôpitaux civils et militaires de Madrid.

3 *mars* 1876. — Le Ministre de l'Instruction publique accorde la validité académique aux études privées faites chez un dentiste, à condition que les étudiants se fassent immatriculer et examiner dans les Facultés de médecine ou dans les Universités du royaume.

11 *mars* 1876. — Comme suite à la décision qui précède, la Gazette officielle publie le programme des études nécessaires pour obtenir le titre de *chirurgien-dentiste*.

3 *avril* 1876. — Le Ministre de l'Instruction publique décide que deux dentistes feront partie du jury des examens ci-dessus mentionnés dans les Universités.

18 *mai* 1876. — Le Ministre de l'Intérieur nomme un inspecteur général de la profession en Espagne pour la capitale et des sous-inspecteurs ou subdélégués dans les provinces, tous chirurgiens-dentistes, pour empêcher tous ceux qui ne sont pas pourvus du titre correspondant d'exercer ladite spécialité.

6 *octobre* 1877. — Le Ministre de l'Instruction publique arrête que, seul, le titre de chirurgien-dentiste rend apte à exercer l'art dentaire et que, en raison de l'expiration des deux ans accordés pour l'obtenir, seront considérés comme sans valeur les titres de praticien accordés postérieurement à cette date, pouvant seuls exercer la dentisterie les postulants qui l'auront obtenu pendant le délai fixé.

15 *janvier* 1881. — Le même Ministre décide que, faute des moyens matériels nécessaires dans les Facultés, les épreuves théoriques seules se passeront dans celles-ci, tandis que les épreuves pratiques auront lieu dans le cabinet d'un dentiste désigné par le Gouvernement avec acceptation de celui-là.

27 *avril* 1881. — Le Ministre de l'Intérieur retire le pouvoir accordé aux subdélégués de médecine d'intervenir dans les titres des dentistes et laisse uniquement aux subdélégués ou sous-inspecteurs dentistes la faculté d'intervenir relativement à la partie légale de la profession.

1er *octobre* 1881. — Le Ministre de l'Instruction publique publie une ordonnance royale portant que, à partir de cette date, pourront seules exercer l'art du dentiste les personnes pourvues du titre de *médecin-chirurgien*, ainsi que les anciens chirurgiens, de celui de *praticien* accordé avant le 6 octobre 1877 et du titre de *chirurgien-dentiste*, créé le 4 juin 1875, et déclarant sans validité académique et sans caractère officiel les titres de docteur en médecine et chirurgie dentaire délivrés jusque-là par le Collège espagnol de dentistes ou par tout autre. En même temps l'ordonnance royale du 28 mai 1876, autorisant le directeur de cet établissement à délivrer des titres de docteur en médecine et chirurgie dentaire, est rapportée et il est formellement défendu à partir de cette date (1er octobre 1881) d'en accorder aucun par ordre du ministère de l'Intérieur et c onformé

aux articles 920 à 926 de la loi en vigueur sur la police sanitaire.

16 *décembre* 1886. — Est rapportée l'ordonnance royale du 18 mai 1876 nommant un inspecteur général de la profession et des sous-inspecteurs dans les provinces. Suppression de ces fonctions. Les professeurs de chirurgie dentaire seront soumis dorénavant à l'inspection et à la surveillance des subdélégués de médecine et obligés de leur présenter les titres les habilitant à exercer leur profession.

11 *février* 1886. — Ordonnance royale publiée par le ministre de l'Intérieur portant que tous ceux qui exercent la profession de dentiste doivent présenter dans les 30 jours leurs titres professionnels aux subdélégations de médecine et de chirurgie pour qu'on les inscrive sur les registres à ce destinés, et que, passé ce délai, lesdites subdélégations devront dénoncer aux Gouverneurs les individus exerçant la chirurgie dentaire sans y être légalement autorisés et aux tribunaux ceux s'attribuant ou attribuant la qualité de professeur avec des titres dépourvus de validité officielle.

(*La Odontologia.*)

LA DENTISTERIE CHEZ LES HÉBREUX

Par M. Naphtali Hez Imber.

Les *meules* — c'est ainsi que Salomon surnommait les dents — étaient regardées par les Hébreux comme le principal moteur de la vie ; aussi leur valeur est-elle manifeste à tous égards, tant sous le rapport social que sous le rapport religieux. Moïse rédigea sa fameuse loi *dent pour dent*, qui fut dénaturée et interprétée dans le *Talmud* comme signifiant : l'homme qui brise la dent de son semblable doit lui payer une certaine somme pour le dédommager, d'après l'appréciation du jury. Si le maître brisait une dent à son esclave, ce dernier était mis en liberté pour ce motif, conformément à la loi mosaïque. Rabon Gamliel, qui était l'instructeur de l'apôtre saint Paul, dit le *Talmud*, avait un esclave nommé Tobi, et comme il désirait le mettre en liberté, il lui brisa une dent et le rabbin fut si heureux le jour de cette libération qu'il donna un banquet à ses amis et renvoya son esclave avec un présent.

Le *Talmud* contient quelques lois contre ceux qui cassaient des dents. Le mal de dents jouait un grand rôle dans les proverbes des Hébreux.

Salomon, dans ses *Proverbes*, dit : « Un messager paresseux est pour son maître ce que le vinaigre est pour une dent. » — « La confiance dans un traître est comme une dent malade. »

Le *Talmud* dit : « Si un homme rêve qu'il a perdu ses dents, c'est un mauvais présage : ses enfants mourront. » Bien plus connu peut-être est le proverbe du *Talmud* : « Tous les maux, mais non les maux de dents ! »

La profession dentaire était à son plus haut point de culture sous les soins des doctes sages du *Talmud* et le lecteur sera étonné d'apprendre que l'art de remplacer les dents naturelles par des dents artificielles était en usage il y a 2000 ans de la même façon que de nos jours.

Samuel le Chakim (Chakim signifie *sage* et le mot s'applique chez les Hébreux et les Arabes aux médecins et aux dentistes) était médecin et dentiste du fameux rabbin Yehuda, le saint. Ce dernier souffrait souvent du mal de dents, mais fut guéri par lui. Les dentistes rabbiniques ont-ils employé le chloroforme? Je ne saurais le dire, mais je l'imagine, d'après le récit suivant du *Talmud* : « Un jour, le rabbin Yehuda le saint avait mal aux yeux, et son médecin et dentiste, Samuel le Chakim, voulait lui faire une opération aux yeux, mais comme Yehuda s'y refusait, ce dernier plaça, sous le coussin du premier, un certain liquide qui était si fort qu'il traversa le coussin. » Quel liquide pouvait-ce bien être sinon du chloroforme?

Le *Talmud* contient aussi cette indication curieuse que le vinaigre ordinaire — mais non le vinaigre de vin — est bon pour la gencive malade.

On peut juger du degré de perfection avec lequel la dentisterie était pratiquée par les sages du *Talmud* d'après ce qui suit. On sait que la loi ne permettait pas aux Hébreux de porter quoi que ce fût au sabbat, mais le *Talmud* permettait aux femmes juives de se rendre au sabbat avec leurs fausses dents d'or ou d'argent. Quelques rabbins admettent les dents d'argent car elles ressemblent aux dents naturelles, mais interdisent de se rendre au sabbat avec des dents en or.

On n'employait pas d'os humains pour les transformer en fausses dents et les polir, car la loi déclare qu'ils sont malpropres, c'est-à-dire malsains. Il est curieux de noter que le mot hébreu signifiant dent est *shen*, tandis que le terme désignant un éléphant est *shenhab*, probablement parce qu'ils se servaient de l'ivoire pour les besoins de la dentisterie en faisant des dents humaines avec les défenses de cet animal. C'est donc avec raison que le vieux proverbe latin *Nomen et omen* (Nom et présage) peut s'appliquer également aux choses.

(*Items of interest.*)

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

CONSEIL DE DIRECTION

Séance du 22 août 1892.

Présidence de M. Gillard, vice-président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents : MM. Gillard, Bertrand, Billet, Paulme, Billebaut, Martinier, Barrié, Lowenthal, Touchard, Bonnard, Francis Jean, Quincerot.

Correspondance.

M. le Dr Rivière demande, pour son frère qui possède des titres pédagogiques étrangers, la dispense de l'examen d'entrée.

Avis conforme.

M. Poussat, professeur à l'Ecole, en réponse à la demande du Directeur, informe le Conseil qu'il reprendra son cours, quoique sa santé ne le lui permette pas ; il est heureux de donner à l'Ecole cette nouvelle preuve de son dévouement.

M. Gillard communique une lettre adressée à M. Lecaudey par *M. Chauvin*, ex-professeur à l'Ecole.

Cette lettre étant conçue dans des termes injurieux, le président demande que le retrait d'emploi voté dans une séance antérieure soit transformé en révocation pure et simple.

M. Gillard ne pense pas que la publication de ce document soit nécessaire, car on ne publie pas de telles choses ; il sera porté au procès-verbal, mais non au journal.

M. Martinier voudrait que tout le monde pût voir comment M. Chauvin traite ses collègues.

M. Touchard fait observer que les étrangers n'ont pas besoin de connaître ces démêlés.

M. Francis Jean estime qu'on ne doit publier que la noble réponse de M. Lecaudey.

M. Touchard ajoute que le mépris devrait suffire.

M. Bonnard est d'avis qu'on publie la lettre et la réponse de M. Lecaudey.

M. Gillard met la révocation aux voix.

Elle est votée à l'unanimité.

La publication de la lettre est repoussée.

Admissions.

MM. Tricottet, Chatelet, Hermann, Alexandre, Rédart sont admis à l'Association générale des dentistes.

Demandes d'admission.

M. Boulleret, D. E. D. P., est admis d'office.

M. Burora, ancien élève, également.

Divers.

M. Martinier se plaint d'une élève qui l'a fait intervenir dans la publication d'un article dans la *Revue Internationale d'odontologie.*

M. Gillard donne lecture d'une lettre de *M. Duvoisin* au sujet de sa collaboration à cette Revue.

MM. Fanton et Loup acceptent les jours de service qui leur ont été assignés.

M. Josef fait une proposition relative au cours de mérographie.

Renvoyé à la Commission de l'enseignement.

M. Gillard lit le programme du concours pour le cours de pathologie fixé au 3e dimanche d'octobre. Après modifications de *M. Touchard* et de *M. Bertrand*, il est adopté.

La séance est levée à 11 heures et demie.

Séance du 13 septembre 1892.

Présidence de M. Lowenthal.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents : MM. Tusseau, Francis Jean, Barrié, Quincerot, Billet, Paulme, Lowenthal, Bonnard, Denis, Touchard, Billebaut.

Avant de passer à la lecture de la correspondance, *M. Francis Jean* remet les pièces du Secrétariat à M. Tusseau, ce dernier reprenant ses fonctions de secrétaire général.

Correspondance.

M. Tusseau lit :

1° Une lettre de *M. le Dr Thomas* qui demande le récolement des volumes de la Bibliothèque afin d'établir le catalogue.

2° Une lettre de démission de *M. Martinier.*

Le Conseil charge MM. Viau, Francis Jean, Lowenthal et Tusseau d'une démarche auprès de lui pour le faire revenir sur cette décision.

3° Une lettre de protestation de membres du corps enseignant ayant été l'objet d'une récente révocation.

Le Conseil passe outre à leur réclamation.

M. Francis Jean donne lecture d'une lettre et du contre-Rapport de *M. Papot* en réponse à celui de M. Gillard.

M. Viau fait remarquer que ce travail est rédigé pour une certaine catégorie de lecteurs et qu'il ne détruit rien.

Admission.

M. Bernard, de Courbevoie.

Propositions diverses.

Sur la proposition de *M. Tusseau,* un jury de 8 membres est nommé pour les concours des élèves pour les prix de Dentisterie opératoire, de Prothèse et Dissertation qui auront lieu les 2e et 3e dimanches d'octobre.

M. Touchard demande que le président de l'Association soit autorisé à exercer des poursuites contre d'anciens professeurs, s'ils persistent à se servir de leurs anciens titres

Avis conforme.

M. Francis Jean informe le Conseil que M. Evelin est venu faire sa tournée d'inspection à l'École.

M. Viau donne quelques renseignements sur l'envoi du *Mémorandum* qui est retardé.

M. Francis Jean communique les épreuves de la Brochure annuelle qui sont adoptées après modifications de *M. Tusseau.*

La séance est levée à 11 heures et demie.

Le secrétaire des Séances,
Bonnard.

MISCELLANEA

I. La théorie d'Albrecht et le bec-de-lièvre compliqué. — II. Névralgie invétérée du trijumeau droit. Résection du maxillaire supérieur, du ganglion sphéno-palatin et de plusieurs autres nerfs. Guérison. — III. Chorée et évolution dentaire. — IV. Mort à la suite d'extraction. — V. Un enfant avec deux nez et deux bouches. — VI. Désinfection des mains. — VII. Mort à la suite de l'extraction d'une dent. — VIII. Action de la salive sur les microbes de la bouche. — IX. Des phlegmons du cou ; angine de Ludwig.

I. — La théorie d'Albrecht et le bec-de-lièvre compliqué

M. le Dr Adrien Pozzi (de Reims) fait une communication sur ce sujet. Jusqu'il y a une douzaine d'années, on admettait, avec Gœthe, que le jeu des incisives supérieures était porté par un os formé lui-même de deux pièces intimement soudées (os incisifs, os intermaxillaire) et développées aux dépens du bourgeon frontal ; il en résultait que, dans le bec-de-lièvre compliqué, la fissure devait passer entre une incisive et la canine, première dent implantée sur le massif maxillaire. Mais Albrecht cita des exceptions nombreuses à cette règle et voulut établir qu'au lieu de deux os incisifs il y en avait quatre : les deux médians de Gœthe — formant l'intermaxillaire — et deux latéraux ; pour cet auteur, la fissure du bec-de-lièvre compliqué passe, non, comme on le prétendait, entre une incisive et la canine, mais entre une incisive latérale toujours unique, accolée à la canine, d'où le nom d'incisive précanine qu'il lui donne. Pour Albrecht, cet os incisif de nouvelle description est dû à un bourgeonnement secondaire du bourgeon nasal externe dépendant du bourgeon frontal.

La théorie d'Albrecht, violemment attaquée, a fini par être généralement admise, mais soulève encore des objections dues à des difficultés d'interprétation de certains vices de conformation, d'anomalies dentaires (fissures fronto-maxillaires, implantation de l'incisive externe à la face interne de la canine, etc.). Ces difficultés d'interprétation tiennent surtout à l'origine attribuée par Albrecht à l'os incisif externe : l'explication embryogénique de sa théorie en est le point obscur. Quelques auteurs ont supposé, sans en pouvoir donner la preuve, que l'os incisif externe serait une dépendance, non du bourgeon frontal, mais du bourgeon maxillaire. Le Dr A. Pozzi a repris la question à ce point de vue, et si ses recherches nombreuses sur des embryons et des fœtus humains ne lui ont pas permis de constater directement la formation du bourgeon incisif externe, ou même de retrouver — sauf par exception — la suture endo-mésognathique, contrairement aux dires de Biondi qui prétend l'avoir trouvée trente-huit fois sur cinquante fœtus examinés par cet auteur, il présente des pièces qui paraissent éclairer d'une façon toute particulière l'origine de l'incisif externe. Ce sont des squelettes de têtes de fœtus de chiens de la race dite bull-dog, où l'on remarque sur l'une un bec-de-lièvre unilatéral, sur l'autre un bec-de-lièvre bilatéral. Dans ces deux pièces, la fente semblait, au premier abord, passer entre l'incisive et la canine, mais l'on trouvait accolé au massif maxillaire et y adhérant intimement par son sommet, un bloc fibreux contenant dans son intérieur l'incisive manquante, incisive précanine, et représentant le bourgeon incisif externe non ossifié, arrêté dans son développement.

L'origine de mésognathion aux dépens des bourgeons maxillaires est évidente. Ces pièces permettent de compléter la théorie d'Albrecht, qui peut alors donner l'explication de tous les faits qu'on lui opposait pour invalider sa valeur.

(*Congrès des Sociétés savantes de Paris et des départements. Le Bulletin Médical.*)

II. — Névralgie invétérée du trijumeau droit. Résection du maxillaire supérieur, du ganglion sphéno-palatin et de plusieurs autres nerfs. Guérison

M. Chalot (Toulouse) lit une observation concernant un homme de 70 ans, atteint depuis une vingtaine d'années d'une névralgie trifaciale, dont les crises s'irradiaient dans tout le département innervé par le nerf maxillaire supérieur, le nerf dentaire inférieur, l'auriculo-temporal et le sus-orbitaire. Tout traitement ayant échoué, voici les opérations multiples qui ont été pratiquées en une seule séance :

1° Mise à nu du pinceau terminal du nerf sous-orbitaire, dont l'arrachement a lieu un peu plus tard ;

2° Excision du nerf maxillaire supérieur et du ganglion sphéno-palatin dans la fente ptérygo-maxillaire d'après le procédé de Lossen-H. Braun, ainsi modifié. Deux incisions, verticale et horizontale, ayant mis à nu l'os malaire, un segment de cet os est isolé et renversé en arrière et en bas, en fracturant l'arcade zygomatique, ce qui met à jour la fosse zygomato-maxillaire et permet de reconnaître, avec une sonde cannelée, la partie supérieure de la fente ptérygo-maxillaire.

Cette fente disséquée et l'artère maxillaire interne liée, le nerf maxillaire supérieur est chargé sur un crochet mousse, attiré en dehors et en avant, puis sectionné en avant et en arrière du ganglion ; on arrache ensuite le segment nerveux ainsi délimité, et le lambeau ostéo-plastique est rabattu et suturé après hémostase de la cavité ;

3° Arrachement du nerf sous-orbitaire ;

4° Résection du nerf dentaire inférieur et du nerf lingual. Pour cette résection, une trépanation du maxillaire a été faite à un centimètre et demi au-dessus de l'angle de la mâchoire, et à travers la perforation, les deux nerfs ont été chargés et partiellement réséqués ;

5° Résection du nerf auriculo-temporal.

Les suites de cette opération ont été régulières, et deux mois après, la névralgie n'avait pas reparu.

Cette intervention, qui s'ajoute aux trois cas de Segond et à quatorze autres faits semblables publiés à l'étranger, nous démontre que le procédé de Lossen-H. Braun est un procédé clinique simple et sûr, n'entraînant pas de trouble fonctionnel et méritant d'être substitué au procédé de Carnochon.

M. Segond. — Depuis les trois opérations dont j'ai donné communication au congrès de chirurgie, j'en ai fait une quatrième en suivant les mêmes règles opératoires que j'ai indiquées naguère ; au point de vue technique, je le répète aujourd'hui, c'est qu'il m'a toujours été impossible d'apercevoir le nerf au fond de la fente ptérygo-maxillaire.

Quant aux suites éloignées, voici ce que j'ai recueilli. De mes quatre opérés, le premier a eu une récidive au bout d'un an et s'est suicidé. Le deuxième est resté guéri pendant quinze mois ; quant au troisième et au quatrième, ils n'ont nullement souffert depuis une année ; j'en conclus donc, d'après ces quatre faits, que la guérison peut, du moins, être obtenue pendant une année après l'opération.

M. Chalot. — Dans la recherche du nerf maxillaire, je n'ai pas dit qu'il était aisé de l'apercevoir, mais qu'il était facile de le charger, quand la fente est large. Comme résultat définitif, j'espère un succès ; toutefois, il y a lieu d'être réservé sur l'avenir, ainsi que le prouvent de nouveau les faits de M. Segond.

(*Société de chirurgie, Bulletin médical.*)

III. — Chorée t évolution dentaire

M. Houel pı ésente deux malades atteintes de chorée.

I. J. S., âgée de 15 ans. Père bien portant ; la mère est morte de la poitrine. Pas d'antécédents rhumatismaux.

Métrorrhagie assez abondante en janvier 1891 ; anémie consécutive notable. La menstruation, qui s'était établie à 13 ans, redevient ensuite normale. Le 26 octobre, sans émotion antérieure, J. S. est prise de mouvements choréiques dans le corps, très violents dans les membres supérieurs, principalement à gauche, ainsi que dans les membres du cou et de la face. L'examen de l'appareil dentaire fait le lendemain montre que :

La dent dite de 9 ans (deuxième grosse molaire), groupe supérieur, est en arrière sur les autres, à droite comme à gauche.

Les incisives supérieures de remplacement, à droite comme à gauche, sont anssi en retard.

La malade est donc en pleine évolution dentaire.

Traitement par le bromure de potassium, le fer réduit et le quinquina.

En janvier seulement, réapparition des règles qui avaient disparu depuis le mois d'octobre. Anémie moins profonde. Mouvements moins intenses. L'évolution dentaire continue.

II. M. A., 14 ans, entre à l'hôpital le 4 juillet 1891.

Antécédents héréditaires. — Parents nerveux. Pas d'antécédents rhumatismaux ni tuberculeux.

Sa mère a eu sept enfants dont un seul est mort à l'âge de 3 ans.

Antécédents personnels :

A 7 ans, dothiénentérie (première cause d'anémie).

A 8 ans, 1re atteinte de chorée à la suite d'une peur. Durée, cinq mois.

A 8 ans, rougeole dont la convalescence reste traînante ; anémie profonde à la suite.

A 11 ans, 2e atteinte de chorée qui dure cinq mois et demi à six mois et survient sans cause appréciable.

A 12 ans 1/2, 3e atteinte de chorée qui dure six mois environ et, comme la précédente, survient sans cause connue.

A 14 ans, 4e atteinte de chorée pour laquelle elle entre dans le service de M. Baumel.

Examen de la malade. — Fillette maigre, petite, très anémiée, non encore réglée.

Il existe des mouvements brusques dans tout le corps, surtout dans les membres supérieurs, la tête et le cou. La langue et les muscles du pharynx sont aussi atteints. La mastication, la déglutition, sont gênées. La parole est scandée. Aucun trouble de la sensibilité.

L'examen de l'appareil dentaire, pratiqué par M. Baumel, montre que :

La dent dite de 9 ans est encore recouverte, en bas, par un bourrelet de muqueuse. La première grosse molaire supérieure droite manque.

Le même traitement est institué. Amélioration lente, mais graduelle. En février, la malade peut être considérée comme guérie.

M. Houel conclut ainsi :

Les choréiques sont des malades prédisposés par l'anémie (quelle qu'en soit la cause) chez lesquels les excitations que produit le travail de la dentition (et principalement l'évolution des grosses molaires) déterminent la chorée.

L'anémie est la cause prédisposante, l'évolution dentaire la cause occasionnelle.

M. Tédenat a examiné les deux malades de M. Houel : elles sont atteintes d'artério-sclérose, état de dénutrition dont il faut tenir compte. Il eût voulu, d'autre part, voir nettement la chorée apparaître avec le gonflement gingival, premier signe du travail dentaire, et la voir cesser quand la dent est percée ; aucun des faits présentés n'a cette netteté.

M. Baumel fait remarquer que la chorée suit l'évolution des grosses molaires. Travail difficile à déterminer comme origine et comme terminaison. D'autre part, la chorée est surtout fréquente entre 6 et 15 ans (d'Espine et Picot) laps de temps dans lequel s'effectue l'évolution des deux grosses molaires.

M. Tédenat fait observer que dans ce même temps se fait l'évolution d'organes plus importants (ovaires, utérus, testicules).

M. Baumel persiste à considérer la dentition comme cause première et, pour ainsi dire, *sine qua non*, de la chorée.

(*Gazette des hôpitaux de Toulouse.*)

IV. — Mort a la suite d'extraction

Le 23 juillet, à Altomünster (Bavière), une jeune dame de 23 ans se fit extraire une dent par l'opérateur d'un médecin qui se trouvait là pour la soigner. Le médecin l'endormit avec le chloroforme et, l'avulsion opérée, il constata le décès. La défunte se trouvait en état de grossesse.

(*Journal für Zahnheilkunde.*)

V. — Un enfant avec deux nez et deux bouches

Dans une récente réunion de la Société médicale de l'Université de Kazan, M. Ivan Lvoff a présenté le cadavre d'un enfant mâle offrant de singulières anomalies anatomiques. L'enfant avait deux nez qui étaient réunis sur la ligne médiane mais il avait des vomers séparés. Au-dessous des narines existait une fente transversale sous laquelle se trouvait immédiatement un menton très proéminent, formé apparemment par une réunion de deux mâchoires inférieures. Sur l'un et l'autre côté du menton (correspondant en apparence aux angles normaux de la bouche), on voyait une bouche triangulaire, ses bords regardant en haut et pourvus de lèvres très développées. Chaque cavité buccale possédait une langue. A l'examen du pharynx, on constatait que ces organes avaient une origine commune. A tous autres égards, le petit garçon né à plein terme et pesant 4 kilog. était normalement constitué. Sa voix ressemblait beaucoup au grognement du cochon. L'enfant était nourri artificiellement, mais avec quelque difficulté, car il n'avalait le lait que lorsqu'il était introduit directement dans le pharynx. Il mourut d'épuisement progressif, ayant perdu 1 kil. 600.

La mère était une belle et forte femme de 36 ans qui avait donné le jour à huit enfants bien conformés. La dernière grossesse, comme les précédentes, avait suivi son cours normalement. La délivrance avait été opérée à l'aide du forceps à cause de l'atonie de l'utérus. Le liquide amniotique était très abondant.

(*Vratch et Ann. d'orthop.*)

VI. — Désinfection des mains

1° Se laver les mains et surtout les ongles avec grand soin — ne les laisser croître que d'un millimètre — pendant 10 minutes dans de l'eau fréquemment changée, à une température de 40°.

2° Plonger les mains dans une solution de permanganate de potasse obtenue en ajoutant un excès de ce sel à de l'eau distillée bouillante jusqu'à ce que toutes les parties des mains, du poignet et de l'avant-bras soient teintées d'une couleur rouge sombre acajou ou presque noire. Puis les tremper brusquement dans une solution saturée d'acide oxalique jusqu'à décoloration complète et jusqu'à obtention d'une couleur rose saine. Cette décoloration est accompagnée d'une sensation de chaleur due à la réaction chimique et de picotements aigus partout où il y a abrasion de l'épiderme.

3° Enlever l'acide oxalique dans l'eau chaude stérilisée.

Ce procédé simple rend les mains infiniment plus aseptiques que tous les autres moyens connus.

(*The Satellite.*)

VII. — Mort a la suite de l'extraction d'une dent

R., menuisier, âgé de 45 ans, se fit arracher au commencement de juillet 1890 par un médecin-dentiste de Berlin la 2e molaire inf. g. du maxillaire inférieur. Les douleurs ne se calmant pas, un autre médecin-dentiste, M. P. Ritter, lui enleva le 9 juillet la 1re molaire inf. g. très cariée et constata avant l'avulsion un fort dépôt de tartre sur les dents. L'alvéole de la 2e molaire extraite précédemment était meurtrie, le côté gauche du maxillaire inf. et les glandes lympathiques correspondantes étaient enflées; déglutition douloureuse, fièvre; difficulté d'écarter de quelques millimètres sans douleur les mâchoires; fétidité marquée de la bouche.

Le lendemain de la 2e extraction, le patient n'accusait plus de douleurs dentaires. L'examen permit de constater, en même temps que la continuation des symptômes généraux ci-dessus, une ankylose de la mâchoire, destruction ulcéreuse de la gencive de la partie alvéolaire du maxillaire correspondant, autour des cavités des dents extraites formation des deux côtés d'un dépôt gangréneux, qu'on pouvait enlever avec la pince. M. Ritter enleva plusieurs séquestres des alvéoles des dents extraites, nettoya les cavités avec de l'éther iodoformé, plaça un tampon antiseptique et prescrivit des lavages antiseptiques pour la bouche.

Le lendemain, les difficultés de déglutition avaient augmenté; la destruction des muqueuses avait commencé, autour des cavités s'étendait une masse spongieuse. Le patient fut donc envoyé à la clinique chirurgicale du Dr L. qui diagnostiqua un processus septique. Pourtant avant toute opération de la part de celui-ci, le malade renonça à ses soins et se rendit dans une autre clinique où il mourut quelques jours après l'opération sans que le caractère de l'ulcère fût établi.

Il faut remarquer que la maladie ne survint qu'après l'extraction de la 2e molaire et que cet homme, parfaitement sain d'ailleurs, ne fut amené chez le médecin-dentiste que par des douleurs de dents persistantes. D'après lui, le premier qu'il avait visité lui avait enlevé une fausse dent tenant très fortement. Comme vraisemblablement il n'avait jamais usé de la brosse à dents, il peut bien avoir été congédié sans mesures

de précautions antiseptiques et quelque micro-organisme qui aura pénétré dans la circulation du sang peut bien avoir été la cause de l'issue fatale.

Ce cas prouve, une fois de plus, qu'on doit attacher aux processus inflammatoires, qui se produisent presque uniquement dans une bouche mal soignée, une grande importance avant et après les opérations dentaires. Tant que l'hygiène légale ne sera pas adoptée énergiquement pour des soins et un traitement rationnels des dents et de la bouche, tant que des règles prophylactiques déterminées ne seront pas édictées pour mettre les dents et la bouche en rapport plus étroit avec l'organisme à l'état sain ou malade, on devra craindre que mainte extraction, soit directement, soit indirectement, souvent en raison d'une stomatite en apparence bénigne, existant depuis des années, ne cause de forts symptômes de maladies ou même la mort.

(*Zahnarztliches Wochenblatt.*)

VIII. — Action de la salive sur les microbes de la bouche

Les recherches sur l'action bactéricide des liquides de l'organisme vont toujours se multipliant, et après avoir constaté que le sang jouissait de cette action, on a retrouvé les mêmes propriétés dans d'autres liquides de l'organisme, le suc musculaire, l'urine, le lait, etc. M. Sanarelli (*Centralblatt für Bakteriologie*, X, p. 817) a étudié au même point de vue l'action de la salive sur les micro-organismes et est arrivé à cette conclusion générale que ce liquide est également doué de propriétés bactéricides. Les microbes y sont détruits quand ils ne sont pas trop nombreux, et même quand ils peuvent s'y développer, ils subissent une modification qui a pour résultat de les rendre plus ou moins complètement inactifs.

Les recherches de M. Sanarelli ont porté principalement sur les micro-organismes pathogènes que l'on trouve d'habitude dans la bouche d'individus sains ou malades : le *Staph. pyogenes aureus*, le *Streptococcus pyogènes*, le bacille de la diphtérie, le *Micrococcus tetragenus*, et le diplocoque de la pneumonie, ainsi que sur le bacille typhique et le spirille du choléra, qui, sans habiter d'ordinaire la bouche, peuvent se trouver en contact avec la muqueuse buccale. La salive était filtrée au filtre Chamberland, et les expériences se pratiquaient par la méthode des plaques comme dans les recherches sur les propriétés bactéricides du sang. L'action microbicide de la salive constatée par l'auteur expliquerait peut-être la rareté relative d'une infection de la muqueuse buccale, qui, sans cela, semblerait devoir survenir plus fréquemment, étant donnée la fréquence des micro-organismes pathogènes dans la cavité buccale.

Seuls, le bacille diphtéritique et le pneumocoque paraissent doués d'une assez grande résistance à l'égard de l'action de la salive. Le premier n'est tué qu'après un séjour de 28 à 40 jours dans la salive, et le pneumocoque s'y développe même très bien ; toutefois, sa virulence s'y perd bientôt.

Il eût été intéressant de rechercher si, dans le cours de certaines maladies, les variations de la composition chimique de la salive, par exemple, celles de son alcalinité, n'avaient pas quelque influence sur la rapidité et sur le degré de l'atténuation des microbes, car il paraît démontré que, dans de certaines conditions individuelles, sous certaines influences nerveuses ou autres, les microbes de la bouche récupèrent

leur activité et deviennent le point de départ d'auto-infections secondaires, du genre de celles que l'on observe pendant les épidémies de grippe.

(*Revue Scientifique.*)

IX. — Des phlegmons du cou ; angine de Ludwig

M. Marchand. — D'après les exemples de phlegmons de la région cervicale profonde, que j'ai eu à traiter, il me paraît possible de les diviser en deux grandes variétés : les uns se développent dans le voisinage de la gaine des vaisseaux carotidiens; les autres dans la région maxillo-pharyngienne. Les premiers, consécutifs à l'inflammation des ganglions, ne sont la conséquence que de l'inflammation des lymphatiques aboutissant à ces ganglions et provenant des différentes régions voisines ; les secondes tirent le plus souvent leur origine des lésions des maxillaires ou de certaines parties de la cavité buccale.

Quoique présentant des caractères communs, ces deux espèces de phlegmons diffèrent cependant les uns des autres par quelques points. Ceux qui ont leur siège au niveau ou autour de la carotide, offrent une tuméfaction dure, diffuse, souvent très étendue, et il est de règle qu'on n'y perçoive pas de fluctuation ; fréquemment ils s'accompagnent de troubles variés, dus à la compression des organes de voisinage et en particulier d'une sténose respiratoire très prononcée. C'est ce que j'ai vu notamment dans deux cas où les accidents menaçants dyspnéïques ont disparu, quand une incision profonde, pratiquée le long du bord du sterno-mastoïdien, eut mis au jour la collection purulente. Ces incisions profondes sont absolument nécessaires et doivent être faites le plus tôt possible.

Quant aux phlegmons qui se développent dans la région maxillo-pharyngienne, et dont l'origine m'a souvent paru être en rapport avec les lésions que provoque la dent de sagesse, j'ai remarqué, parmi leurs symptômes fréquents, un empâtement profond, de la contracture des mâchoires et des accidents de septicémie bien plus prononcés que dans la forme précédente ; par contre, ils donnent plus rarement lieu à la sténose respiratoire, que j'ai rencontrée dans les phlegmons précarotidiens. Leur évolution, comme j'ai pu l'observer dans quatre cas, est en outre particulière, en ce sens que les fusées purulentes suivent une direction autre que dans le premier cas.

M. Verneuil. — Depuis la communication de M. Nelaton, visant l'angine de Ludwig, la discussion, en s'étendant aux différentes variétés de phlegmons du cou, a cessé de rester dans les limites, que l'on avait pris soin, au début, de ne pas dépasser. Je n'entrerai pas aujourd'hui dans l'histoire générale de ces phlegmons, depuis longtemps assez bien connue, et si j'accepte la proscription du terme de Ludwig, une seule observation n'autorisant nullement à attacher un nom d'auteur à l'affection qu'elle expose, j'estime toutefois qu'il n'y a pas à mettre en doute les angines infectieuses. Voici quelques faits qui me permettent de soutenir cette opinion :

Le premier de ces cas, que j'ai rencontré, concerne un jeune homme de province, qui, à la suite de quelques jours d'excès commis à Paris, fut pris subitement d'angine accompagnée d'un œdème énorme du cou et de phénomènes généraux très graves. Malgré de profondes incisions, labourant la région tuméfiée, l'infection ne fut pas jugulée et la mort fut très rapide.

Il en a été de même chez une fillette de 8 ans, auprès de laquelle j'étais appelé quelques jours après le début d'une angine, succédant à un refroidissement. En quarante-huit heures, le cou devenait énorme, la tuméfaction sublinguale considérable et la mort suivait.

Dans un troisième cas, j'ai observé, sur un jeune homme, des accidents identiques ; toute la région cervicale était le siège d'un œdème, pour lequel fut prononcé le mot d'œdème charbonneux, et le malade était déjà dans le coma, lorsque je lui fis, *largâ manu*, de profondes cautérisations avec une tringle de fer, transformée en thermo-cautère. Le résultat a été excellent et le malade a eu la chance de guérir.

De tels faits ne peuvent assurément pas être comparés aux phlegmons, aux adénites, aux périostites, que l'on voit chaque jour dans la région cervicale ; ce sont des espèces particulières d'angines ou, si l'on veut, des stomatites infectieuses bien différentes.

Pour ce qui concerne les affections du même ordre, d'origine dentaire, je ne les discuterai pas : je rappellerai cependant que j'ai attiré l'attention sur une variété particulière d'abcès, l'abcès spirillaire, dont la gravité diffère de celles des autres lésions ganglionnaires ou périostiques, malgré les dangers que font courir ces dernières.

En présence d'inflammations de cette région, il me paraît important de porter, dès le début, un diagnostic aussi précis que possible, car le traitement opératoire doit lui être subordonné. C'est pour avoir enfreint cette règle de conduite qu'une incision mal appliquée m'a fait couper l'artère maxillaire externe chez la femme d'un de nos confrères d'Angoulême. Prié de voir cette malade quelques instants seulement avant l'heure de mon retour, je portai rapidement le diagnostic d'adéno-phlegmon, alors qu'il s'agissait d'un phlegmon périostique à son début ; l'artère avait été repoussée en avant et de mon coup de bistouri elle fut tranchée.

Inutile de rappeler en effet que, dans ces deux cas, le siège de l'incision ne doit pas être le même. Si j'ai à faire à un adéno-phlegmon, j'ai l'habitude de plonger le bistouri au dessous du maxillaire, à mi-chemin de l'angle de la mâchoire et de la symphyse ; une petite incision me conduit ainsi sur le ganglion suppuré et il n'est besoin que d'agrandir le trajet avec les branches d'une pince, pour obtenir un déchirement, suffisant à la guérison.

S'agit-il au contraire d'un abcès sous-périostique ? J'incise alors près de la symphyse jusqu'au maxillaire, et de ce point je conduis un trocart, qui rase l'os et va ressortir près de l'angle de la mâchoire, sûr d'éviter ainsi toute lésion artérielle.

M. Schwartz. — Trois exemples de phlegmon infectieux, occupant la région en fer à cheval du maxillaire inférieur, se sont présentés depuis quelques années à mon observation. Leurs caractères symptomatiques ont été ceux que nos collègues ont déjà mentionnés ; je n'y insisterai donc pas ; deux de ces malades sont morts rapidement, un seul après intervention ; quant au troisième, il a guéri à la suite de l'incision. Relativement à la pathogénie de l'affection, j'ai relevé que, deux fois, il fallait faire intervenir une angine primitive, et, une fois, la carie dentaire ; je crois donc qu'il y a lieu d'admettre des portes d'entrée variables de l'agent infectieux et que l'on peut substituer aux termes d'angine de Ludwig et d'angine infectieuse, celui de phlegmon sub-lingual, qui me paraît mieux répondre à ce que l'on observe.

M. Chauvel. — J'ai également eu à intervenir dans deux circonstances semblables, l'un de ces phlegmons, très grave, s'étant développé après l'extraction de la première molaire et l'autre à la suite d'un phlegmon

de l'amygdale. Comme particularité à signaler il est résulté, dans l'un de ces cas, une cicatrice fort désagréable à la suite de l'incision qui avait été faite transversalement.

(*Société de chirurgie.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Un nouvel anti-névralgique, l'agathine. — II. L'iodozone. — III. Pansement pour calmer la douleur après l'extraction. — IV. Pommade à l'aconitine. — V. Poudre antiseptique. — VI. Remède contre l'ozène. — VII. Action antiseptique de l'essence de casse.

I. — Un nouvel anti-névralgique, l'agathine

Une communication intéressante a été faite par le Dr E. Rosenbaum sur la valeur de l'agathine, anti-névralgique nouvellement découvert. L'agathine est un salicyl-alpha-méthyl-phény-hydrozone, obtenu par l'action de l'aldehyde salicylique et de l'alpha-méthyl-phényl-hydrozine. Cette substance a été découverte par J. Roos, chimiste à Francfort-sur-le-Mein. C'est une matière cristalline blanc-verdâtre, sans goût ni odeur, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool et l'éther, fondant à 74°. Après constatation par des expériences sur les animaux que l'agathine est inoffensive aux doses où les substances-mères sont toxiques, elle fut administrée en cas de névralgie, d'abord par doses de 12 centig. 95 à 25 centig. 91 sans résultat ; par la suite à la dose de 51 centig. 83 deux ou trois fois par jour avec succès. La préparation nouvelle a été essayée par plusieurs médecins et spécialistes outre le Dr Rosenbaum sur les affections nerveuses avec des résultats très satisfaisants.

Le Dr J. Roos a constaté qu'elle ne produit d'effet qu'après l'absorption de 388 centig. 74 à 583 centig. 11, avec des résultats semblables à ceux de l'acide salcyilique : augmentation de l'appétit et de la transpiration, dans les affections rhumatismales ; mais un violent mal de tête survient pendant une demi-heure lorsqu'on a absorbé des doses de 56 centig. 83 à 64 centig. 19.

Le Dr Lagner a observé également que l'action de l'agathine n'est pas momentanée, mais cumulative, et cite un cas de névralgie sus-orbitale dans lequel l'acide salicylique demeura sans effet et qui fut radicalement guéri après absorption de 12 doses de 51 centig. 83. Il n'a pas observé d'effets fâcheux.

Le Dr Löwenthal rapporte également le traitement heureux de plusieurs cas de névralgie légère et deux cas difficiles de rhumatisme articulaire dans lesquels le salicylate de soude n'avait donné aucun résultat.

(*The Satellite.*)

II. — L'iodozone

L'iodozone est un liquide ayant pour base une combinaison d'iode et d'ozone.

L'iode se trouve dissimulé dans ce liquide et ne donne pas les réactions caractéristiques avec l'empois d'amidon. La dissolution de l'iode est complète, et le liquide, de jaune qu'il était, devient, après la combinaison, complètement blanc; l'iode a perdu sa causticité et peut être employé soit en lavage ou autrement, sans altérer les étoffes ni les tissus. C'est un merveilleux désinfectant, lorsqu'on l'emploie en pulvérisations dans l'atmosphère ; il constitue un liquide antiseptique dont on peut faire usage pour le pansement des plaies. Il peut être employé également avec grand succès dans l'antisepsie de la bouche.

Au moyen d'un pulvérisateur ou d'un inhalateur, ce liquide peut servir à faire pénétrer l'iode en quantité suffisante, en même temps que l'ozone, dans les voies respiratoires chez les phtisiques, sans craindre l'intolérance. On peut donc ainsi adjoindre au traitement de la phtisie par l'ozone un agent antiseptique puissant (employé jusqu'à ce jour en trop petite quantité) et sans redouter sa causticité. L'iodozone représente, en un mot, la combinaison qui se forme dans l'atmosphère, particulièrement sur les bords de la mer, où se trouvent en permanence l'iode et l'ozone.

Ce liquide pourra servir également comme désinfectant dans les hôpitaux, écoles, etc., en rendant à l'air vicié l'oxygène perdu ou transformé en acide carbonique.

Produits secondaires de la fabrication. — 1° En traitant ce liquide par le chlorure de sodium, on obtient, au bout de quelques jours, un dépôt de cristaux blancs et reflétant la lumière comme du diamant pulvérisé. Je l'appellerai *acide iodozonique.* Il diffère de l'acide iodique en ce qu'il est insoluble dans l'eau, l'alcool et l'éther ;

2° En faisant un mélange de l'iodozone avec de l'éther ozoné et du sel marin, on obtient un liquide qui, pulvérisé dans un appartement, peut produire absolument, comme composition, une atmosphère marine artificielle.

(*Répertoire de pharmacie.*)

III. — Pansement pour calmer la douleur après l'extraction

Le D[r] T. B. Welch recommande la formule suivante :

Alcool	10	grammes.
Chloroforme	20	—
Ether sulfurique	5	—
Camphre	5	—
Laudanum	2	—
Huile de clou de girofle	1	—

Mélanger. Introduire dans l'alvéole un tampon de ouate trempé dans le mélange.

(*La Odontologia.*)

IV. — Pommade a l'aconitine (foster flagg)

Pour employer hors de la bouche.

Aconitine	3 centigr.
Cérat simple	1 gr. 75 —

Ce médicament est excellent pour traiter l'ankylose du maxillaire. S'applique en frictions sur l'endroit douloureux et on en constate bientôt les résultats. Chez les anémiques, pour des opérations étendues, s'emploie de la même manière et en quantité sur la branche du maxillaire inférieur ; on évite ainsi la fatigue et la douleur de tenir la bouche ouverte longtemps. Dans le traitement des affections névralgiques on obtient d'excellents résultats. Il calme la douleur.

Avoir soin d'éviter son contact avec les yeux.

(La Odontologia.)

V. — Poudre antiseptique (championnière)

Iodoforme	Parties égales en poids.
Poudre de benjoin	
— quinquina	
Carbonate de magnésie saturé d'essence d'eucalyptus	

M. S. A.

VI. — Remède contre l'ozène

Menthol (en poudre fine)	0 gr.	88
Chlorhydrate d'ammoniaque	2	65
Acide borique pulvérisé	1	77

Une pincée renouvelée fréquemment.

(The Dental World.)

VII. — Action antiseptique de l'essence de casse

M. Black, de Jacksonville, étudie depuis plusieurs années l'action antiseptique des huiles essentielles. Il a constaté que l'essence de casse préparée avec l'écorce provenant de Chine et diluée au 4/1000 a encore le pouvoir d'empêcher le développement des microbes. Son action bactéricide serait même supérieure à celle de l'acide borique et de l'acide phénique. Seul le sublimé serait plus actif que l'essence de cassia.

M. Black a essayé l'essence de casse comme antiseptique dans la pratique chirurgicale et gynécologique pour panser des plaies en suppuration et qui manifestaient une tendance à la nécrose ainsi que pour panser des ulcères carcinomateux et détruire leur odeur fétide, pour tarir la suppuration et pour prévenir la septicémie au sein des foyers purulents. Les résultats obtenus ont été excellents.

L'eau de casse a été également employée pour la désinfection des mains et des instruments. Cette eau mérite la préférence sur tout autre antiseptique parce que, même sous une forme très concentrée, elle n'irrite pas, n'est pas toxique et répand une odeur agréable.

L'essence de casse peut être employée en dissolution dans l'eau ou bien en émulsion. On peut aussi l'employer en nature, mélangée avec de l'acide borique ou en solution concentrée dans l'eau de cannelle. Quand elle produit de l'irritation au contact d'une peau un peu sensible, on se borne à interrompre pendant un ou deux jours l'usage de cet antiseptique.

(*Gazette des hôpitaux de Toulouse.*)

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

I. Moyen de fixer les dents aux plaques d'or avec la vulcanite. — II. Moyen de nettoyer la cire vieille et malpropre. — III. Poudre de gomme adragante pour faire adhérer les pièces. — IV. Articulation exacte. — V. Colle pour modèles brisés. — VI. Serviettes à bouche. — VII. Fixateur pour serviette.

I. — Moyen de fixer les dents aux plaques d'or avec la vulcanite, par M. Hall Lewis, de Washington

J'ai remarqué dernièrement plusieurs méthodes de fixation des dents de porcelaine aux plaques d'or au moyen de la vulcanite et j'ai pratiqué celle qui suit pendant les dix dernières années avec beaucoup de succès. Elle s'applique indistinctement aux dentiers complets ou non, aux pièces supérieures ou inférieures et donne les meilleurs résultats quand les autres procédés sont le moins satissants lorsque la porcelaine est tout à fait ou presque en contact avec l'or.

Prendre la pointe d'un vieux fouloir automatique, la raccourcir, la limer à quatre faces, puis tailler en biais d'un angle ou coin à la pointe aiguë du coin opposé, durcir et amener la trempe au jaune plein. Vous avez alors un burin qui s'ajuste à votre maillet automatique. La plaque d'or, une fois munie d'un rebord et prête pour le caoutchouc, est placée sur le moule en plâtre et toute la surface de l'or qui doit être couverte par le caoutchouc est striée ou rendue rugueuse par ce burin dans le maillet avec des coups aussi forts que possible sans entamer la surface inférieure de l'or. Par ce moyen des centaines de petites stries sont formées sur la surface de l'or à des angles différents auxquels le caoutchouc s'attache avec une ténacité remarquable. Le caoutchouc rose doit toujours être employé à et effet, la grande contraction des autres variétés pendant la vulca-

nisation ne permettant pas d'atteindre le but cherché. Si ce procédé de striage est complètement appliqué, il n'y a pas à craindre que le caoutchouc ne se sépare de l'or.

(Ohio journal of Dental Science.)

II. — Moyen de nettoyer la cire vieille et malpropre

Faire cuire la cire dans l'eau. Quand elle est refroidie, couper la saleté qui s'est réunie à la partie inférieure du disque de cire qui s'est formé. Recuire celui-ci dans l'eau et, une fois le point d'ébullition atteint, ajouter une cuillerée à café d'acide sulfurique. La cire se trouve alors complètement propre et comme neuve.

(Items of interest.)

III. — Poudre de gomme adragante pour faire adhérer les pièces supérieures

Sur les palais plats et durs, les pièces supérieures ne veulent pas adhérer malgré tous les efforts du dentiste et du patient, surtout quand celui-ci n'en a jamais porté. Dans ce cas il est bon d'humecter la partie palatale de la plaque avec de l'eau et de la saupoudrer abondamment de ladite poudre. Celle-ci est dépourvue de saveur et colle fortement, de sorte qu'elle retient la plaque jusqu'à ce que le patient se soit habitué à la porter.

(Dental Review.)

IV. — Articulation exacte

Elle s'obtient pour les dentiers artificiels de la façon suivante, d'après M. P. A. Poole :

L'étendue de la morsure se mesure comme d'ordinaire avec de la cire et on marque aussi bien la ligne médiane que la longueur des lèvres. Quand le tout est coulé en plâtre dans l'articulateur, on fixe avec de la cire une petite bande de papier au support supérieur de l'articulateur et on la laisse aller aussi loin que le permet la marque faite pour la longueur des lèvres.

Quand on ouvre l'articulateur, le papier représente la lèvre de la manière la plus exacte et la plus simple.

Ce procédé rend presque superflu l'essayage des pièces.

(Items of interest.)

V. — Colle pour modèles brisés

Prendre des parties égales de glycérine et de litarge finement pulvérisées et mélanger, en oindre les bords des parties du modèle qu'on désire coller et les tenir réunis quelque temps.

(El Progresso Dental.)

VI. — Serviette a bouche

On attache toujours une grande importance à ce que les serviettes à bouche soient lavées soigneusement. Je ne partage pas cette manière de voir ; elles ne doivent pas être lavées du tout, car elles n'en valent pas la peine. Le dentiste qui tient aux serviettes à bouche de toile passées de mode n'est plus de notre temps. On peut acheter pour quelques sous de la flanelle de Canton stérilisée et un seul mètre de celle-ci suffit pour des semaines au moins. On peut le couper en serviettes de diverses grandeurs qui, une fois qu'elles ont servi, doivent être jetées au panier. Cette étoffe est bien préférable à la toile, car elle est douce et agréable à la bouche et absorbe mieux la salive.

Il y a quelques années, j'achetai 100 serviettes en flanelle de Canton stérilisée d'environ 15 pouces carrés pour 10 francs. Je les coupai en 4, en 6, en 8 et en 16, et elles durèrent plus d'un an. Depuis, j'ai acheté l'étoffe stérilisée elle-même et je l'ai coupée suivant les cas : la dépense est moindre que le lavage du linge seul et on est sûr en même temps d'avoir une serviette propre.

(The Dental Practitioner and Advertiser.)

VII. — Fixateur pour serviette

M. F. G. Atkinson a imaginé un ingénieux fixateur pour serviette avec un bras droit et un bras gauche pour les côtés correspondants de la bouche. Il consiste en une plaque ajustable de menton, assujettie à un support auquel le fixateur de la serviette est fixé au moyen d'une tige à coulisse insérée dans le support. Quand la serviette est en position, le fixateur peut être ajusté en quelques secondes et il se tient solidement en place sans l'aide du patient ou de l'opérateur.

(Ash et Sons' Quarterly circular.)

VARIA

Comme singulier cas de transplantation nous citerons celui du Dr Planos, de Cienfuegos (Ile de Cuba) et d'un nègre qui, en échange de la liberté qu'il obtient en 1864, céda un certain nombre d'incisives qui lui furent arrachées et que le docteur conserva jusqu'à sa mort survenue en 1879.

(La Odontologia.)

Sans préconiser absolument l'emploi des anesthésiques dans les opérations dentaires, il est bon de les recommander dans bien des

cas, surtout quand le sujet présente des symptômes de congestion ou possède un tempérament excessivement nerveux; c'est le moyen d'éviter ce qui s'est passé il y a quelque temps à Saint-Sébastien (Espagne), où, par suite de la douleur causée par l'extraction d'une molaire, le patient est devenu fou.

(*La Odontologia.*)

NÉCROLOGIE

On annonce la mort de M. John Allen, de New-York, à l'âge de 82 ans.

On peut dire qu'il personnifiait l'art de la dentisterie. C'est lui qui a amené au point de perfection où ils sont à présent les *continuous gums*. Bien que presque toute son attention et tous ses travaux aient été consacrés à ce genre de prothèse, il a contribué, pour sa part, à tous les efforts tentés pour la fondation, le progrès et le développement de l'art et de la science dentaires.

Il était un des organisateurs du collège de chirurgie dentaire de l'Ohio et professeur dans cet établissement. Il s'intéressait vivement à l'enseignement dentaire et, comme écrivain, il a ajouté maintes contributions de valeur à la littérature professionnelle.

Il était membre de l'*Association dentaire américaine* presque depuis sa création et appartenait à beaucoup d'autres Sociétés dentaires.

John Allen était un homme de grand caractère et d'une intégrité absolue, non seulement respecté, mais aimé de tous ceux qui le connaissaient.

Nous apprenons également la mort de M. Charles Kingsbury, de Philadelphie, à l'âge de 72 ans.

Il avait étudié la dentisterie à Trenton (New-Jersey) et était entré dans la pratique en 1839; il exerça toute sa vie. Il était professeur dans un collège dentaire. Sa mort met en deuil l'*Association dentaire américaine* à laquelle il appartenait.

NOUVELLES

Nous avons le regret d'enregistrer la démission de notre collègue et ami M. Martinier des diverses fonctions qu'il occupe tant dans l'Association générale des dentistes de France qu'au journal l'*Odontologie.*

Cette décision, dictée par des motifs d'ordre privé absolument respectables, a dû être acceptée par le Conseil de Direction, qui a exprimé toute sa sympathie à M. Martinier dans cette circonstance. Fort heureusement notre collègue a consenti à conserver son poste de chef de clinique à l'Ecole dentaire ; nous nous en félicitons.

Si nous informons nos lecteurs de cette démission, c'est pour les mettre en garde contre une interprétation malveillante que des esprits mal intentionnés se sont plu à lui donner.

F. TOUCHARD.

La séance de réouverture des cours de l'Ecole dentaire de Paris pour l'année scolaire 1892-1893 aura lieu solennellement le samedi 5 novembre prochain, à 8 heures 1/2 du soir, et la reprise des cours se fera le lundi 7.

Dans sa séance du mardi 25 octobre le Conseil de direction a nommé M. le Dr Levett D. D. S. et M. Barrié D. E. D. P., le premier professeur honoraire et le second professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris délégués de l'Ecole au Congrès de Chicago en 1894.

Le choix du Dr Levett se trouvait tout indiqué puisqu'il a été, pendant dix ans, professeur de dentisterie opératoire à l'Ecole, dont il est d'ailleurs membre fondateur. Celui de M. Barrié sera, de même, ratifié par tous.

Nous apprenons avec plaisir le mariage de M. Fresnel, préparateur à l'Ecole dentaire de Paris, avec Mlle Martinot. Beaucoup de nos confrères ont tenu à honneur de témoigner de leur sympathie au jeune couple par leur présence à cette union.

Tous nos vœux de prospérité aux nouveaux époux.

AVIS

MM. les diplômés de l'Ecole dentaire de Paris voulant faire acte de canditature pour les postes de démonstrateurs (cours pratiques) et de préparateurs (cours théoriques) sont priés d'adresser leur exposé de titres au secrétariat de l'Ecole.

Pour éviter toute erreur, les demandes faites précédemment devront être renouvelées.

DENTISTIANA

A moins de cent milles de la gare de Brixton on peut lire l'avis suivant immédiatement au-dessous du nom du Dr X... chirurgien, médecin, pharmacien, etc.

Extraction des dents,
Un shilling,
Pendant qu'on attend.

Le savant docteur ne pourrait-il pas imaginer le moyen de laisser sa tête le matin et de venir la rechercher le soir, justifiant ainsi l'expression *perdre la tête?*

(*Chemist and Druggist.*)

LE PILORI

On lit dans l'*Echo républicain de l'Aisne,* qui se publie à Château-Thierry, l'annonce suivante :

Changement de domicile,
Mme veuve Bouché,
Dentiste

A l'honneur de prévenir sa nombreuse clientèle qu'elle a transféré son domicile rue Jean de La Fontaine, n° 2 (ancienne rue du Collège), et qu'elle continue, comme par le passé, l'extraction des dents.

De plus elle se charge toujours de la réparation des chapeaux d'homme, feutre, soie et paille, à des prix modérés.

Mme Bouché se rend à domicile sur demande.

Dans une commune de 3.000 habitants du département de la Loire, contiguë à une ville de 25.000, on peut voir un coiffeur, qui est en même temps tailleur d'habits et... *dentiste.*

Qu'en pensent les partisans de la liberté?

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

OUVRAGES PUBLIÉS EN LANGUES ÉTRANGÈRES

E. Fischler. — Der zanärztliche Struwelpeter oder Pflege der Zähne für Grosse und Kleine. *Le Struwelpeter dentaire ou les soins des dents. Pour les grandes personnes et les enfants.* (Illustrations de G. Brandt. Librairie Herm. Lazarus, Berlin W.)

Talbot (Eugène S.). — Chart of the typical forms of constitutional irregularities of the teeth. *Carte des formes typiques des irrégularités constitutionnelles des dents.* (Philadelphie, 1792, Wilmington Dent. Mfg. Co. 16 planches.)

Transactions of the Odontological Society of Great Britain. *Comptes rendus de la Société Odontologique de la Grande-Bretagne.* (Volume 23, Londres 1891, John Bale et fils, 277 p., 2 portr., 8°).

Quinby (G.) — Notes on dental practice. *Notes sur la pratique de la dentisterie.* (Avec gravures, 1892, Londres, J. et H. Churchill, 216 p. avec index.)

Catching (H.). — Compendium of pratical dentistry for 1891. *Compendium de dentisterie pratique pour* 1891. (H. Catching, Atlanta, Georgie, 1892.)

Butts. — The removal of adenoid growths from the vault of the pharynx. *L'enlèvement des tumeurs adénoïdes de la voûte palatine.* (New-York.)

Benno-Sachs. — Zur Odontologie der Kieferspalte bei der Hasenscharte. *L'odontologie de la fente du maxillaire dans le bec de lièvre.* (Leipzig, 8°, 56 p.)

Verandlungen des X internationalen medicinischen Congresses. Band V, Zahnheilkunde. *Comptes rendus du Congrés médical international. Vol. 5, dentisterie.* (Aug. Hirschwald, Berlin.)

Federoff. — *L'extraction des dents.* (Saint-Pétersbourg, 1892, C. L. Ricker, 108 p., 8°.)

Hunter. — A manual of the dental laboratory; its construction, management and economy; the various implements and manipulations, with loboratory notes and suggestions. *Manuel du laboratoire du dentiste; son installation, sa direction et son fonctionnement; les divers appareils et instruments et leur manipulation, avec des conseils et des indications.* (Londres, 1892, Baillière, Tindall et Cox.)

Eller Vainicher. — Patologia ed etiologia della carie dentale. *(Pathologie et étiologie de la carie dentaire.* (Naples, 1891, A. Bellisario e C. 70 p., 8 pl., 8°.)

Pellegrini. — Denti e dentistica, ossia breve trattato populare sulla odontotecnica. *Les dents et la dentisterie ou traité populaire d'odontotechnie.* (Roma, 1891, G. Bertero, 50 p., 16°.)

Wm. F. Rehfuss. — Dental jurisprudence. *Jurisprudence dentaire.* (The Wilmington Dental Mfg Co., Philadelphie, 2 dollars 50 cents, 468 p., 8°.)

Ayrapaa. — Die orthopädische Behandlung der Sattelnase mittelst der von der Zahnheilkunde gebotenen Hilfsmittel. *Le traitement orthopédique du nez busqué par l'emploi des moyens offerts par la dentisterie.* (Helsingfors.)

OUVRAGES PUBLIÉS EN FRANÇAIS

Courtain (Eug.). — Maladies des yeux et maladies des dents; relations pathologiques entre les yeux et les dents. (Paris, 1892, H. Jouve, 143 p., 8°.)

Didsbury (Henry). — Modifications à la technique des réimplantations dentaires. (Daix frères, Clermont, (Oise, 1891.)

Lichtwitz. — De la fréquence de l'empyème latent bilatéral de l'antre d'Hyghmore et de la nécessité du lavage explorateur méthodique de cette cavité dans les cas de blennorrhée nasale. (Bordeaux.)

DENTISTERIE OPÉRATOIRE. THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALE. MATIÈRE MÉDICALE

Billeter. Matière médicale en dentisterie (*Rev. trimes. d'od. mars* 92). — **Brinkmannn.** Le ciment au phosphate pendant sa préparation comme obturant (*Zahn. Ref.* 2, 1792). — **Callahan.** Combinaison d'obturants (*Ohio J. of dent. sc. janv.* 92). — **Curtis.** Valeurs relatives (pour la dentisterie) de l'or cohésif et de l'or non-cohésif et de leur combinaison (*Dent. Cosm. mars* 92). — **Curtis.** Quand les dentistes font de la chirurgie buccale (*Dent. Cosm. mars* 92). — **Doorn.** Traitement des dents pendant la grossesse (*Ohio J. of dent. sc. janv.* 92). — **Frick.** Les obturations à l'amalgame (*Rev. trimes. d'od. mars* 92). — **Genese.** Obturations de verre et de porcelaine (*Ohio J. of dent. sc. janv.* 92). — **Hattyasy.** Observations faites à la clinique dentaire de l'Université royale de Budapesth (*Viert. f. Zahn. janv. et avril* 92). — **Hofheinz.** Obturation immédiate des racines (*Dent. Cosm. mars* 92). — **How.** Obturations de gutta-percha perfectionnée (*Dent. Cosm. avril* 92). — **Jüterbock.** Les amalgames de plomb (*Mon. d. V. deut. Zahn. fév.* 92). — **Karolye.** Traitement des canaux malades des racines (*Viert. f. Zahn. avril* 92). — **Line.** Combinaison de plastiques et d'or en feuilles et leur emploi (*Dent. Cosm. fév.* 92). — **Mc Coy.** Extirpation immédiate et indolore de la pulpe (*Dent. Rev. janv.* 92). — **Minshall.** Quelques points dans l'obturation de contour (*Brit. J. of Dent. Sc. avril* 92). — **Nux.** Traitement des dents dévitalisées compliquées d'abcès volumineux (*Rev. odont. avril* 92). — **Ottolengui.** Méthodes d'obturation des dents (*Dent. Cosm. févr. mars et avril* 92). — **Robicsek.** Les plombages doubles (*Viert. f. Zahn. avril* 92). — **Rogner.** Le pental en chirurgie dentaire (*Zahn. Woch. fév.* 92). — **Schreier.** Nouveau procédé de dissolution chimique pour rendre inoffensif le contenu sanieux des canaux de la racine (*Viert. f. Zahn. avril* 92). — **Silliman.** Dévitalisation et enlèvement de la pulpe (*J. f. Zahnheilk.* 14 *fév.* 92). — **Smith.** Emploi d'antiseptiques pour stériliser les cavités avant l'obturation (*Ohio J. of dent. sc. janv.* 92). — **Starke.** Propriétés et manipulation de l'or non-adhésif (*Sout. Dent. J. janv.* 92). — **Warner.** Remarques sur l'obturation des canaux des racines (*Dent. Rev. janv.* 92). — **X.** Principes de l'obturation des dents avec l'or adhésif (*Mon. d. V. deu. Zahnk. fév.* 92). — **X.** L'antisepsie chez les dentistes (*Il prog. dent. mars* 92). — **Y.** Finissage de l'obturation (*Mon. d. V. deut. Zahn. fév.* 92).

ANESTHÉSIE

Berger. Un cas d'empoisonnement par la cocaïne (*Gaz. des hôp.* 1891. 1367). — **Breuer.** Le pental comme anesthésique (*Zahn. Woch. fév.* 92), — **Buisseret.** Hémorragies consécutives à l'amygdalotomie et à l'extraction dentaire attribuées à la cocaïne (*Rev. de laryn.* 1891, *XI*). —

Crignier. De l'anesthésie locale dans l'extraction des dents (*Rev. odont.* 1892, *XI*). — **Ezard.** Deux années d'emploi du chlorhydrate de cocaïne pour l'extraction (*Dent. Rec. mars* 92). — **Henley.** Les anesthésiques (*Sout. Dent. J. janv.* 92). — **Herz-Frankl.** Les narcoses au pental (*Viert. f. Zahn. avril* 92). — **Kossa et Neumann.** Effet du pental (*Viert. f. Zahn. avril* 92). — **Lebrun.** Quelques mots sur le stypage; son emploi dans l'anesthésie dentaire (*Presse méd. bel.* 1892, 54). — **Lubet-Barbon.** De l'anesthésie générale par le bromure d'éthyle et de ses applications (*Rev. Inter. d'ot., rhinol. et laryng.* 1892, *V*). **Quénu.** Empoisonnement par la cocaïne (*Rev. Odont.* 1892, *XI*). — **Ribolla-Nicodemi.** L'anesthésie locale dans l'extraction des dents (*L'Odontolog. janv. et fév.* 92). — **Scheller.** Le chlorure d'éthyle et son emploi comme anesthésique local et antinévralgique (*Il progr. dent. février.* 92). — **Simonetta.** Le pental (*Il progr. dent. avril* 92). — **X.** Essais avec le chlorure d'éthyle (*Zahn. Woch. mars* 92).

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE DES AFFECTIONS DE LA CAVITÉ BUCCALE ET DES MAXILLAIRES

Kingsley. Croissances adénoïdes, respiration par la bouche et succion du pouce relativement aux difformités des maxillaires et aux irrégularités des dents (*Dent. Cosm. janv* 92). — **Piménidès.** Etude sur la fétidité de la bouche et de l'haleine (*Rev. trim. suis. d'od. déc.* 91). — **Richter.** Quelques-unes des phases particulières des épiphénomènes de l'influenza (*Dent. Rev. nov.* 91). — **Ritter.** Contribution aux maladies de la bouche et des dents dans l'influenza (*Zahn. Woch.* 12 *déc.* 91). — **Richter.** Quelques conséquences buccales de l'influenza (*Dent. Cosm. nov.* 91). — **Rushton.** La névralgie (*Brit. J. of. Dent. Sc. déc.* 91). — **Townsend.** Abrasion des dents (*Int. Dent. J. déc.* 91). — **Turner** Quelques modifications de la gencive (*Dent. Rec.* 1er *janv.* 92). — **Wells.** Cas de fracture du maxillaire supérieur (*Quart. circul. déc.* 91). — **Zarniko.** L'aspergillus mycose du sinus maxillaire (*Zahn. Woch.* 5 *déc.* 91).

PROTHÈSE ET ORTHOPÉDIE DENTAIRES

Davidsohn. Nouvelle méthode pour confectionner des plaques de zinc (*Zahn. Ref.* 17, 91). — **Dorez.** Etude critique sur les divers procédés pratiques de nettoyage des appareils dentaires en caoutchouc vulcanisé au sortir des moufles (*Rev. odont.* 1891, X). — **Forgue.** Greffes osseuses (*Cong. franç. de chir proc.-verb.*). — **Grout.** Prothèse dentaire (*Dent. Rev.* 15 *déc.* 91). — **Harper** Un mot sur l'importance de la dentistere prothétique (*Dent. Rec déc.* 91). — **Jackson.** Méthodes de redressement (*Dent Cosm. déc.* 91). — **Johnston.** Moyen de faire une couronne (*Dent .Rev.* 15 *déc.* 91). — **Kniewel.** Nouvelle pâte pour empreinte (*J.f. Zahn.* 1er *janv.* 92). — **Müller.** Nouvelle méthode pour la confection de couronnes d'or (*Rev. trim. suis. d'od. déc.* 91). — **Ottolengui.** Etude sur le redressement des dents (*Int. Dent. J. janv.* 92). — **Rynear.** Pivot de sûreté pour couronnes (*Dent Cosm. janv.* 92). — **Schmidt.** Dentiers à ressort ou non? (*Zahn. Ref.* 20, 1891). — **Stanbrough.** Couronnes artificielles sur les racines naturelles (*Dent. Cosm. janv.* 92). — **Turner.** Notes sur un cas de réimplantation (*Dent Rec.* 1er *janv.* 92).

HYGIÈNE

Merriman. Le type de l'enseignement sur lequel on devrait insister (*Dent. Rev.* 15 *dec.* 91). — **Pearsall.** L'atelier et ses outils (*Dent. Rec.* 1er *janv.* 91).

APPAREILS ET INSTRUMENTS

Guttmann. Trousse dentaire (*Corr. Bl. f. Zahn. oct.* 91). — **Humby.** Nouvelle plaque et nouvelle spatule à mélanger (*Quart. circul. déc.* 91). — **Redard.** De l'électricité (*Rev. trim. suis. d'od. déc.* 91). — **Schafer.** Appareils dentaires à l'exposition électrique de Francfort (*Pouls. Ber. nov.* 91) — **Y.** Pièce à main universelle pour le tour dentaire. (*Zahn. Woch.* 2 *janv.* 92).

DEONTOLOGIE. HISTOIRE. VARIÉTÉS

Ackland. La question du diplôme dentaire (*J. of Brit. Dent. Ass.* 16 *nov.* 91). — **Bentley.** Ce que devrait représenter le degré de docteur en science dentaire (*Dent. Rev. nov.* 91). — **Campion.** Proposition d'un changement dans l'examen dentaire (*J. of Brit. Dent. Ass.* 15 *déc.* 91). — **Mitchell.** Réflexions sur l'enseignement dentaire (*Int. Dent. J. janv.* 92). — **Newkirsk.** Principes et pratique de la dentisterie (*Dent. Rev. nov.* 91). — **Nothnagel.** Les limites de la dentisterie (*Zahn. Woch.* 14 *nov.* 91). — **Ottofy.** L'art dentaire aux Etats-Unis (*Dent. Rev. nov.* 91). **Scheff.** Histoire de la dentisterie (*Quart. circ. déc.* 91). — **Terry.** Comment pratiquer la dentisterie pour la rendre salutaire (*Int. Dent. J. déc.* 91). — **Wright.** Méthode didactique dans l'enseignement dentaire (*Dent. Cosm. janv.* 92).

ERRATA

Les corrections suivantes nous sont arrivées trop tard pour pouvoir être introduites dans le dernier numéro :

P. 395 lire *conformation* au lieu de *conformité*.
P. 396 lire *les regardait comme telles* au lieu de *la regardait comme telle*.
P. 396 lire *Schwimm* au lieu de *Schwann*.
P. 396 lire *traversées* au lieu de *traversés*.
P. 396 lire *Thomas Bell* au lieu de *Tomes Bell*.
P. 398 lire *au moyen desquels ils se mettent en rapport avec les cellules* au lieu de *au moyen desquels les cellules placées au-dessous*.
P. 398 lire (note) 1888 au lieu de 1880.
P. 398 lire *ou plutôt ont la forme de poires* au lieu de *ou plutôt périphériques*.
P. 398 lire *Schwimm* au lieu de *Schwann*.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Treizième séance annuelle de réouverture des cours.

La séance annuelle de réouverture des cours et de la distribution des récompenses a eu lieu le samedi 12 novembre.

Comme l'année précédente, le local de l'Ecole, considérablement agrandi et richement décoré, avait peine à contenir l'affluence du public. Beaucoup de dames, notamment, ornaient cette fête de leur présence et leurs charmantes toilettes contrastaient joyeusement avec le si correct, mais bien triste, costume masculin.

Il est 9 heures. Aux accents de la *Marseillaise*, que fait entendre un excellent orchestre, les présidents, le corps enseignant et le Conseil de direction prennent place sur l'estrade officielle.

M. Emile Ferry, président, donne la parole à M. Tusseau, secrétaire général, pour la lecture de la correspondance.

M. Tusseau communique les lettres d'excuses du Dr Brouardel, de M. Evelin, inspecteur d'Académie, du président et des membres du Conseil supérieur de santé des colonies, des Drs Treille, Auvray, de Saint-Germain, Millard, Baudoin, de M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, du Dr Louis Vincent, de M. Devisme, président de l'Association des étudiants, de MM. Kriegsmann, Périllé, député de Seine-et-Oise, Péan et Donnat, conseillers municipaux, du Dr Fréminot, de M. Monod, directeur au ministère de l'Intérieur, de M. Damain, directeur de l'Ecole dentaire de France, de M. Douzillé, des Drs Monnet et Pinet.

M. Lecaudey, directeur de l'Ecole, prononce une allocution. Il remercie M. Ferry de sa présence, des marques d'intérêt qu'il a données à l'établissement et fait ressortir les deux grands événements qui se sont accomplis dans l'année : reconnaissance d'utilité publique et réglementation.

La première est une récompense, la deuxième lui crée de nouveaux devoirs. Il montre l'avenir s'annonçant aux jeunes avec une voie plus large, plus sûre et plus facile à suivre.

M. Emile Ferry prononce ensuite un discours ou plutôt une causerie charmante, pleine de finesse et de bonhomie.

S'il n'a pas la science, dit-il, pour analyser comme il le voudrait les progrès accomplis par l'art dentaire, son âge et son expérience lui suffisent pour apprécier à leur valeur les efforts et les résultats obtenus.

Il se rappelle avoir vu, dans son enfance, au boulevard du Crime, des dentistes sur des tréteaux, arrachant des dents sans douleur.... pour eux !

Que de changements depuis ce temps ! La prothèse dentaire donnant à tous, et à toutes surtout, la jeunesse éternelle et de faciles digestions.

Puis la science venant s'ajouter à l'habileté de main, grâce aux écoles dentaires que nous avons faites d'après les Américains, ce qui nous a permis de les égaler et de former des praticiens qui porteront au loin le renom de la science dentaire française et de l'Ecole dentaire de Paris.

Après avoir été vigoureusement applaudi par l'assistance charmée, M. Emile Ferry donne la parole à M. le Dr Isch-Wall.

La conférence que notre cher professeur et ami a improvisée avec tant de talent et que les lecteurs de l'*Odontologie* pourront savourer *in-extenso* nous a procuré un plaisir extrême, grâce à l'esprit original, à l'érudition et à la façon magistrale et éloquente dont il a traité ce sujet absolument nouveau : *Le rôle des dentistes dans la littérature dramatique.*

Il y a, entre autres, sur Molière et sur la raison pour laquelle il ridiculisait la médecine, et surtout les médecins, des appréciations absolument nouvelles, d'une vérité indiscutable, et que pas un des pontifes normaliens qui s'occupent de critique dramatique n'avait encore trouvées.

Notre jeune et savant professeur a obtenu un succès colossal et bien mérité.

M. Tusseau, secrétaire général, donne lecture de son rapport.

M. Lecaudey, directeur, communique une lettre du Dr Aubeau, arrivée à l'instant. Le docteur n'étant pas en état d'assister à la séance, une délégation ira lui porter la médaille qui lui est est attribuée.

M. Tusseau donne lecture du palmarès.

Il est procédé à la distribution des récompenses.

Des prix consistant en instruments sont offerts aux lauréats par MM. Victor Simon, Mamelzer, Paulme, Lecaudey, les maisons Ash, White et Wirth, ainsi que par un de nos doyens, protecteur des écoles et ami du progrès dentaire, M. Berthaux, de Soissons.

M. Lecaudey fait connaître que la Société amicale des diplômés de l'Ecole dentaire de Paris lui a remis une médaille que le Conseil de direction a décidé d'attribuer à M. Martial Lagrange, pour le remercier de ses longs et beaux services.

M. Poinsot offre à M. Emile Ferry, en souvenir de sa présidence, une médaille commémorative en or.

La soirée s'est gaiement terminée par une excellente collation où force coupes de Champagne ont été vidées à la prospérité de l'Ecole.

Le comité d'organisation a, lui aussi, mérité des applaudissements.

Ed. Löwenthal.

ALLOCUTION DE M. E. LECAUDEY

DIRECTEUR

Mesdames et Messieurs,

Je ne saurais mieux commencer cette allocution qu'en témoignant le vif plaisir que nous éprouvons de la présence à cette place de M. Ferry, député et maire de notre arrondissement Nous le prions de recevoir tous nos remerciements pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant de présider cette séance. C'est, en même temps qu'un témoignage nouveau de l'intérêt qu'il porte à ses administrés, un gage précieux de son excellente sympathie à notre égard. Qu'il nous permette de lui exprimer notre profonde gratitude.

L'année qui vient de s'écouler aura été heureusement féconde pour notre institution et pour notre art à la fois.

Après douze années d'efforts incessants, de lutte vaillante, de bienfaisance toujours prête, notre école a été reconnue *d'utilité publique*: l'Etat a de la sorte sanctionné définitivement notre œuvre, en lui permettant de se développer dans la mesure la plus complète.

D'autre part, une loi sur l'exercice de la médecine, dans laquelle a été compris l'art dentaire, a été soumise au Parlement : nous avons obtenu les réformes les plus favorables et eu le plaisir de voir prendre en considération plusieurs modifications par nous demandées. Cette loi, qui n'attend plus qu'un dernier vote, règlemente et consacre désormais l'art dentaire en France, le préservant de la libre concurrence étrangère et relevant son niveau par les examens qu'elle exigera.

En cette soirée de fête nous devons donc oublier les quelques regrettables dissensions qui se sont élevées parmi nous, et ne songer qu'aux précieux résultats obtenus : reconnaissance d'utilité publique pour les deux écoles dentaires et réglementation de notre profession. (*Applaudissements.*)

Ainsi a été menée à bien l'œuvre entreprise. Permettez-moi de me réjouir en face du large chemin que nous avons frayé.

Maintenant, les nouveaux pourront aller librement et sûrement ; je ne cesserai de suivre leurs progrès avec l'intérêt le plus passionné ; mais qu'ils songent bien que nous sommes en droit de beaucoup compter sur eux, et de leur demander d'autant plus que toutes les facilités leur sont acquises.

Je termine ces quelques mots en remerciant les notabilités médicales et politiques qui ont bien voulu nous encourager dans notre œuvre, et en adressant aux professeurs de cette école, pour leur inaltérable dévouement, ainsi qu'aux collaborateurs qui m'ont rendu ma tâche facile, l'expression de la plus vive reconnaissance.

J'ai aussi à remercier particulièrement le doyen de notre profession, M. Berthaux, qui, en fondant un prix pour l'Ecole, nous a donné un gage nouveau de l'intérêt qu'il porte aux institutions dentaires. (*Applaudissements.*)

ALLOCUTION DE M. EMILE FERRY

Député de Paris, maire du 9e arrondissement.

Mesdames, Messieurs,

J'ai été appelé au grand honneur de présider votre réunion et j'ai accepté pour deux raisons : d'abord parce que votre Ecole est une enfant du quartier, elle y a fait ses premières armes et j'ai pu constater les louables efforts de ses fondateurs et de tous ceux qui se sont consacrés à elle ; ensuite parce que, la première dans son genre en France, elle marque une phase nouvelle dans l'histoire et les progrès de votre art.

Je ne suis pas un homme de science, mais je suis un homme d'expérience ; j'ai beaucoup vu, beaucoup entendu, j'ai forcément peut-être un peu appris et je vais vous communiquer quelques-unes des impressions que m'a suggérées la transformation de la dentisterie.

Quand j'étais jeune, il y a longtemps de cela, ma plus grande satisfaction était d'aller me promener sur les boulevards et surtout sur le boulevard du Temple. J'y voyais des gens montés sur des tréteaux, escortés d'une trompette et d'un tambour, qui arrachaient des dents *sans douleur*, sans faire payer la première. Le patient poussait bien des cris épouvantables, mais sa voix était couverte par le bruit de ces instruments de musique et on ne s'en apercevait pas. Ces gens-là, on les appelait des *charlatans* et c'était certainement l'enfance de l'art.

Peu à peu les tréteaux disparurent, les artistes en extraction se sont mis en chambre et les hommes convaincus ont créé des cabinets. J'en ai connu un — ce n'est pas hier — qui avait le premier cabinet de Paris au coin de la rue Greneta. Voilà votre point de départ! Je ne vous parle que pour mémoire des ambulants qui faisaient les mêmes opérations sanglantes avec le même instrument, cette fameuse clef qui a torturé tant de mâchoires, toujours accompagnés, bien entendu, de la trompette et du tambour. Eh bien, aujourd'hui, ce métier est devenu un art qui a ses règles et ses lois et qu'on appelle l'*art dentaire* !

C'est que votre rôle a une part dans l'esthétique et vous avez surtout rendu grand service au beau sexe ; grâce à vous maintenant il n'y a plus de brèche-dents, tout le monde à des dents, même quand on n'en a plus — Je ne parle pas de moi qui ai le bonheur d'avoir encore toutes les miennes a peu d'exceptions près. — A ce propos, il me revient à l'esprit une petite histoire bien simple. Je suis le petit-fils d'une grand'mère qui a eu 18 enfants et, à chaque nouvel enfant, elle perdait une dent ; quand je l'ai connue, elle n'en avait plus et pourtant c'était encore une belle personne. Il est certain que si elle eût vécu de votre temps elle aurait pu se les faire remplacer et conserver ainsi plus longtemps sa beauté. Vous restaurez la mâchoire, prolongeant ainsi la beauté, amoindrissant la décrépitude et assurant une meilleure santé par suite de la possibilité de la mastication et conséquemment d'une nutrition plus complète. Jadis on avait peur du

dentiste ; à présent on court vers lui, on sort de ses mains soulagé. Sous le rapport technique et matériel, les pièces que vous confectionnez seront l'ornement et l'étonnement des temps postérieurs, car notre époque aura son tour ; on la fouillera comme nous fouillons celles qui nous ont précédés et on trouvera ces magnifiques appareils, bien construits, bien assujettis et sans marque de fabrique, qui font mon admiration, car j'avoue être émerveillé des progrès qui caractérisent votre art. Que de musées ils pourront enrichir !

Il est d'ordre général que la science précède les innovations qui concernent le corps humain. Pour la dentisterie, c'est le contraire : les dentistes ont précédé les scientifiques ; mais aujourd'hui la science est venue vous apporter son concours. Vous avez des professeurs qui vous initient à sa connaissance et, avec leur aide, vous apprenez ce qu'il est nécessaire de savoir et ce qu'il faut pour arriver. Vous avez créé un établissement, unique au début, qui restera et dont les services seront de plus en plus appréciés.

Tout à l'heure votre directeur vous parlait de la loi nouvelle. Il est vrai que les jeunes auront un petit effort à faire pour obtenir le diplôme, mais ils le feront aisément et ce diplôme sera une garantie aux yeux du public. Du reste, d'autres peuples vous en donnent l'exemple : vous avez été devancés dans cette voie par les étrangers, par les Américains, qui ont fondé des écoles aussi, car autrefois il n'y en avait pas. Eh bien, il faut une rivalité d'école, parce que j'estime que nos dentistes français parviendront à leur faire une concurrence efficace, étant donnée la vive pénétration intellectuelle qui est la caractéristique de notre race. (*Applaudissements.*)

Vous êtes en ce moment dans une période de progrès et, les études aidant, vous deviendrez des praticiens habiles qui porteront au loin la renommée de l'Ecole dentaire de Paris, qui sera l'orgueil de la corporation tout entière. Pour ma part, moi qui vis auprès de vous, je surveille vos succès, j'y applaudis et je vous souhaite une réussite parfaite. (*Applaudissements.*)

CONFÉRENCE DE M. LE Dr ISCH-WALL

Professeur.

Mesdames, Messieurs,

Vous savez qu'il est d'usage dans cette maison que, chaque année, un des professeurs qui y enseignent prononce un discours à la distribution des prix. Le sujet de ce discours est généralement emprunté au programme même du cours de celui qui le prononce.

Jugez de mon embarras lorsqu'on me demanda de parler devant vous. Je fais un cours de dissection, cours consistant essentiellement dans la démonstration pratique de l'anatomie, cours presque muet, où le professeur devrait se borner à expliquer sommairement les dispositions des organes que les élèves disséqueraient ensuite sous ses

yeux. J'ai, il est vrai, singulièrement élargi ce programme restreint, j'ai fait glisser sur les affiches des cours, à côté du mot dissection, ceux d'anatomie pratique ; j'entends par là l'étude des faits cliniques qui peuvent se déduire de la connaissance des organes. En agissant ainsi je crois avoir heureusement modifié mon enseignement.

L'anatomie humaine est une science bien aride pour celui qui n'en voit pas les applications pratiques; je dirai même qu'elle est absolument dépourvue d'intérêt si l'on ne la rattache pas à une autre science.

L'étude anatomique de l'homme peut séduire celui qui cherche des liens de parenté entre les mammifères supérieurs ; elle devient alors une des parties de l'anatomie comparée ; elle est d'un intérêt primordial pour le biologiste et surtout pour le chirurgien auquel elle montre la route que son bistouri devra suivre pour arriver à la complète réussite d'une opération ; mais, prise isolément, elle peut tout au plus satisfaire quelques esprits dont la curiosité s'arrête à l'examen des faits particuliers.

Il m'était bien difficile de prendre le sujet de mon discours dans les matières de mon enseignement ; je ne pouvais guère vous décrire un organe ; je ne pouvais pas vous le disséquer.

Je me suis décidé à chercher un sujet plus attrayant et l'idée m'est venue d'étudier avec vous le rôle que joue le dentiste dans notre littérature dramatique ; mais le dentiste n'a pas eu de chance, jusqu'ici, au théâtre : il est tout entier dans la fameuse pièce de Labiche *Les 30 millions de Gladiator*.

Le dentiste que nous montre Labiche est un nommé Gredane, homme assez besogneux qui, rencontrant un soir, à la sortie d'un théâtre, un jeune garçon de pharmacie, épris d'une demi-mondaine et pris de boisson, l'emmène chez lui. Le jeune pharmacien s'implante chez son sauveur qui, pour l'utiliser, le fait promener dans ses salons en montrant ses dents qu'il a fort belles et en criant : « Quel génie, quel dentiste que ce Gredane ! elles sont toutes fausses ! » Un riche Américain vient chez Gredane afin d'y rencontrer une femme qu'il aime; pour donner un but à sa visite, il fait arracher une dent à son secrétaire qui l'accompagne : « Quelle dent dois-je vous arracher ? demande le dentiste. — Celle que vous voudrez, répond l'infortuné secrétaire. » — Et Gredane lui arrache une dent.

Il en arrache une, dans les mêmes conditions, au domestique de la personne que l'Américain désire voir.

Vous voyez que ce Gredane est un charlatan : il fait une singulière réclame, il est bien peu scrupuleux dans l'exercice de sa profession. Faut-il ajouter qu'il joue un personnage comique ?

J'ai cherché d'autres dentistes dans notre littérature dramatique mais je n'en ai pour ainsi dire pas trouvé. Par ci, par là, on parle du dentiste, mais toujours pour faire rire ; non seulement le dentiste est comique, mais encore le mal de dent devient un procédé pour provoquer l'hilarité.

Je me suis demandé pourquoi aucun auteur n'avait eu l'idée de faire d'un dentiste un amoureux, ou de représenter une intéressante

jeune première comme la fille d'un arracheur de dents. On a placé l'action des drames dans bien des milieux sociaux : dans le monde élégant du noble faubourg, dans la mansarde de l'ouvrier, dans la demeure de l'industriel, de l'ingénieur, du savant ; jamais chez un dentiste.

Pourquoi ne ferait-on pas un drame dentaire ? Que penseriez-vous de ce scenario ?

La fille d'un dentiste, belle et sage, se laisse séduire par un jeune mécanicien employé chez son père. Il lui a promis le mariage, mais le misérable, non content de ne pas tenir sa promesse, ouvre un cabinet à côté de celui de son patron et lui fait une concurrence acharnée. Colère du père..... désespoir de la fille qui, bientôt, ne peut plus cacher son déshonneur. Elle va chez le séducteur, le trouve dans son atelier, et lui reproche son indigne conduite ; il la repousse avec des mots méprisants. L'infortunée affolée, saisit un récipient plein de godiva brûlant pour le jeter à la face du misérable, mais à ce moment même le vénérable père arrive : il a tout entendu, il connaît toute l'étendue de son malheur, il fait au mécanicien trois sommations peu respectueuses l'invitant à réparer la faute de sa fille et à changer de quartier ; peine perdue..... La colère le saisit, alors il sort un davier de sa poche et fracasse la mâchoire du séducteur qui est obligé d'aller chez un confrère se faire poser un appareil prothétique.

Eh quoi ! vous riez au récit de ce drame dentaire ; mais vous me confondez : il est donc vrai que le dentiste, au théâtre, ne peut remplir aucun rôle noble ? Vous-mêmes le forcez à rester au rang des comiques !... Dans la vie courante, pourtant, le dentiste est un homme charmant, aimable, bien élevé, sérieux ; il rend d'éminents services, et au théâtre sa profession est tournée en ridicule ainsi que sa personne ! Il y a, d'ailleurs, des professions qui jouent de malheur, elles ne sont portées sur la scène que pour divertir le public et il faut que des siècles s'écoulent, que des révolutions éclatent pour qu'elles acquièrent une juste considération. Le théâtre, qui nous décrit l'état des esprits à un moment donné, est, à ce point de vue, un bon guide pour l'historien et l'on peut dire en quelle estime est tenue une profession, sous un règne déterminé, par la simple lecture des pièces de théâtre écrites sous ce règne, et mettant en scène des personnages exerçant cette profession.

Il serait curieux, aujourd'hui que l'on s'intéresse tant au sort des ouvriers, de rechercher par cette méthode les diverses phases par lesquelles est passée, dans ce siècle, la question ouvrière.

Je l'ai appliquée, cette méthode, à l'étude de la profession médicale qui, comme vous pouvez le penser, m'intéresse tout particulièrement et j'ai été très surpris de voir que, dans notre siècle seulement, les médecins, mes frères, ont pu affronter les feux de la rampe sansprovoquer le rire des spectateurs.

O Molière, divin Molière ! les as-tu assez houspillés, ces pauvres médecins ; as-tu assez tourné en ridicule leurs personnes et leurs doctrines !

Et pourtant ce n'était pas facile d'être médecin au temps de Mo-

lière ; les études médicales étaient plus longues et plus laborieuses qu'aujourd'hui les examens plus pénibles et plus solennels.

Après quatre années pendant lesquelles le jeune étudiant devait suivre tous les cours de la Faculté et du collège de France, il pouvait, s'il avait atteint sa vingt-cinquième année et prouvé son assiduité aux cours, passer l'examen de bachelier en médecine! Cet examen durait 4 jours pleins, et lorsque le candidat avait satisfait ses juges il n'avait pas acquis le droit d'exercer ; pendant deux ans il devait commenter devant les élèves plus jeunes que lui certains textes choisis par la Faculté ; pendant ces deux années il devait passer des examens : au moi de mai, examen sur les herbes, en hiver il devait soutenir des discussions sur des questions dites Quodlibiter, discussions qui duraient de six heures à midi et où le bachelier était argumenté par d'autres bacheliers et des docteurs.

Chaque année, le bachelier devait donner au doyen le catalogue de toutes les plantes cultivées dans le jardin botanique de la Faculté. Il était encore tenu de passer une thèse, appelée *thèse cardinale,* dont la soutenance durait 7 heures. Après ces deux années si bien remplies, le bachelier demandait la licence à tous les docteurs assemblés, il allait ensuite rendre visite à chacun d'eux et c'était l'occasion d'autant d'examens particuliers passés dans le domicile du maître. S'il avait satisfait à toutes ces épreuves, on lui conférait la licence dans une très imposante cérémonie.

Le licencié pouvait exercer mais il n'avait pas encore fini ses études ; s'il voulait être docteur il devait passer un examen après lequel on lui remettait en grande pompe le bonnet, insigne de sa nouvelle dignité.

Si l'on exigeait de nous une pareille somme de travail, une telle durée d'études, nous serions bien peu sur les bancs de la Faculté ; et ce sont pourtant ces médecins que Molière molestait si fort. Pourquoi ? Parce que leurs études étaient vaines, leurs discussions stériles. Au lieu d'étudier la médecine sur le malade, ils paraphrasaient à perte de vue les textes des anciens ; au lieu de chercher dans l'expérimentation la solution des problèmes naturels, ils s'en tenaient aux idées de Galien. Lorsqu'un esprit indépendant et génial se révélait, lorsqu'un Harvey découvrait la circulation du sang, les jeunes bacheliers, dont Molière nous a donné le prototype dans Thomas Diafoirus, se vantaient de ne pas croire aux billevesées des circulateurs : rien n'existait en dehors des anciens. Ecoutez plutôt Diafoirus faisant l'éloge de son fils :

« Mais, sur toute chose, ce qui me plaît en lui, et en quoi il suit mon exemple, c'est qu'il s'attache aveuglément aux opinions de nos anciens et que jamais il n'a voulu comprendre et écouter les raisons et les expériences des prétendues découvertes de notre siècle touchant la circulation du sang et autres opinions de même farine. »

Ecoutez encore ce portrait de médecin dans *Monsieur de Pourceaugnac.*

« C'est un homme qui sait la médecine à fond, comme je sais ma croix de par Dieu, et qui, quand on devrait crever, ne démordrait pas d'un iota des règles des anciens..... pour tout l'or du monde, il ne voudrait

pas avoir guéri une personne avec d'autres remèdes que ceux que la Faculté permet. »

Et plus loin, ce dialogue entre le médecin et un paysan qui vient lui demander conseil pour un parent :

« Monsieur, il n'en peut plus ; il dit qu'il sent dans la tête les plus grandes douleurs du monde. — Le malade est un sot ; d'autant plus que dans la maladie dont il est attaqué, ce n'est pas la tête, selon Galien, mais la rate qui lui doit faire mal. » (*Applaudissements.*)

Ne voyez-vous pas là le ridicule de ces médecins qui, attachés à la routine de l'Ecole, ne vivent que sur le fond des anciens, que sur les préceptes qu'ils ont appris, incapables de chercher la vérité dans l'étude attentive de la nature, fermés à tous progrès ? Leurs longues études ne peuvent leur servir de rien puisqu'elles ne développent en eux aucune de ces qualités nécessaires pour bien exercer l'art de guérir. La discussion d'un texte ne peut valoir l'examen d'un malade. Le grand Ambroise Paré, simple barbier, a éclipsé tous les médecins de son temps parce que, n'ayant pas passé par la Faculté, il a fait son apprentissage à l'hôpital en soignant les malades ; son esprit n'a pas été gâté par une science conventionnelle ni par une érudition factice. Enserrés dans d'étroits règlements, imbus de vains principes, les médecins sont de sots pédants ; Paré croît librement, il conçoit que l'observation est la base de la médecine ; son génie aidant, il applique une méthode qui semble nouvelle tant elle est oubliée et il arrive à une pratique d'une incroyable perfection pour son époque. Il ignore le latin, mais il en remontre aux savantissimi doctores et il doit sa gloire en grande partie à ce qu'il a échappé aux règlements de la Faculté. Quoi donc ? A cette époque déjà il y avait conflit entre la science libre et la science officielle ?

Messieurs, puisque Paré me conduit à parler de la réglementation, permettez-moi de revenir sur ce sujet brûlant, qui a suscité ici tant de colères. Je ne veux, d'ailleurs, ni la discuter, ni même la critiquer. Je suis de ceux qui s'inclinent devant un fait accompli, même lorsqu'ils le désapprouvent.

Votre profession va être réglementée, elle va devenir profession d'Etat. Croyez-vous que vous y gagnerez quelque chose ?

Du temps de Molière, l'exercice de la médecine était, si l'on peut dire, plus réglementé qu'aujourd'hui, la Faculté était une institution officielle, royale, et pourtant les médecins étaient ridiculisés et peu considérés dans le monde. Ecoutez plutôt Toinette reprochant à Argan de vouloir marier sa fille à un médecin :

« Quoi ! Monsieur, vous auriez fait ce dessein burlesque ? Et avec tout le bien que vous avez, vous voudriez marier votre fille à un médecin ? »

Une fille de bonne famille et bien dotée ne pouvait donc décemment épouser un de mes confrères.

Voilà une profession reconnue par l'Etat, réglementée, et dont les membres ne sont, malgré tout cela, nullement considérés. Pourtant le temps passe, la science se fait peu à peu, quelques libres esprits

font abandonner la vieille routine en apprenant à leurs contemporains l'art d'observer la nature.

Le médecin dès lors n'est plus ridicule, l'art dramatique en fait un conseiller des familles, un personnage doux, aimable et bon. C'est à lui que l'on confie ses secrets; on le charge des missions les plus délicates, il défend l'honneur de ses amis comme la vie de ses malades.

Laissez-moi m'arrêter un instant pour examiner ce personnage sympathique de la première moitié de notre siècle. Vous l'avez tous vu sur la scène ce bon médecin, promenant à travers l'action dramatique sa vénérable tête blanche, aimé de tous, prodiguant les bons conseils, les consolations et les soins. C'est là, hélas! un type à peu près disparu. Comment être apprécié par les familles, comment devenir l'ami dévoué de ses clients dans les conditions actuelles de l'existence où l'on n'a pas le temps de se voir, où la vie familiale est remplacée par une course échevelée dont la fortune est l'unique but? La maison ne représentant plus, pour la plupart, le foyer patriarcal, elle n'exerce plus sur ses hôtes l'attraction particulière que connaissent seules les rares gens qui ont le sentiment de la famille; aussi, le théâtre contemporain, pour être fidèle à la réalité, a dû abandonner le type classique du vieux médecin et lui substituer un personnage plus solennel peut-être, mais moins sympathique. Ce médecin toutefois, s'il perd en dignité morale, garde encore un prestige imposant; ce n'est plus un pître ridicule comme au temps de Molière, c'est un homme de science.

La transformation s'est faite parce que la science s'est transformée. Le médecin a été considéré le jour où la médecine a été considérable.

Messieurs, vous n'aurez rien gagné à la réglementation si vous ne travaillez pas pour conquérir l'estime du monde. Déjà un grand pas a été accompli. De cette école sont sortis de nombreux dentistes instruits et sa fondation a notablement relevé votre prestige.

Vous occupez aujourd'hui, dans l'opinion publique, une place que la réglementation ne modifiera pas mais que vous améliorerez vous-même en vous perfectionnant dans votre art, en faisant avancer votre science. Vos professeurs seront vos meilleurs auxiliaires dans cette conquête de l'estime publique s'ils éveillent en vous cette curiosité méthodique qui est le commencement de la science, cet esprit critique, premier stade intellectuel qui vous engagera dans la voie des découvertes et du progrès. (*Applaudissements.*)

Réglementés ou non, le jour où vous renierez toute science officielle, toute science d'école, où vous discuterez les idées émises par vos maîtres, où vous chercherez à les détromper de leurs erreurs, où vous leur montrerez des vérités nouvelles, ce jour-là, Messieurs, si le théâtre s'empare de vous, le dentiste burlesque aura vécu.

Que dis-je! il a vécu déjà et c'est votre école qui l'a tué.

Si Labiche vous avait connus tels que vous êtes ici, Messieurs, il n'aurait pas fait son Gredane; mais pour vous élever au rang enviable des personnages nobles, il faut encore que cette Ecole abandonne, si je puis dire, tout esprit d'École.

Dans toute Faculté, dans toute institution scientifique officielle,

on a le tort de représenter à l'élève la science comme arrivée à un état de perfection définitif. C'est là une lourde faute. C'est dans le livre que l'on apprend l'état de la science ; le professeur doit plutôt en montrer les points faibles, parfois l'inanité.

Pour vous, la science n'a pas de limite, toujours vous aurez à travailler et à apprendre. La biologie est infinie, les malades sont tous dissemblables et vous pourrez de toute éternité exercer vos facultés de savants si vous voulez bien vous donner la peine d'étudier le patient, de faire de la clinique.

Travaillez librement, Messieurs, en dehors de tout joug intellectuel, de toute entrave d'Ecole, pour l'amour désintéressé de la vérité et de la science : l'honneur viendra par surcroît. (*Applaudissements prolongés.*)

RAPPORT ANNUEL

Par M. Tusseau,

Secrétaire général.

Mesdames, Messieurs,

Quand j'eus l'honneur, l'an dernier, en pareille cirronstance, de vous présenter la situation de l'Ecole dentaire de Paris, je vous exprimai quelque étonnement de me voir au poste de secrétaire général. Sans vouloir, cette année, revenir sur la même idée, je serais tenté cependant de vous marquer quelque surprise de m'y retrouver encore. Chez nous comme ailleurs, en effet, le mode de gouvernement est basé sur le suffrage universel et chacun sait que rien n'est plus capricieux ni plus changeant. Mais, comme on pourrait y voir une critique de notre grand principe républicain, j'aime mieux n'en rien dire.

J'aborderai tout de suite le sujet que j'ai à traiter devant vous et, quoique la tâche soit bien lourde — du moins pour vous qui êtes dans l'obligation de m'entendre — je m'estimerai heureux de votre bienveillante attention.

Il convient d'abord de vous signaler le grand événement qui s'est accompli depuis notre réunion de l'an passé et qui doit être pour notre Ecole le commencement d'une ère nouvelle. Je veux parler de la reconnaissance d'utilité publique prononcée par décret du 19 février 1892. Ainsi se sont trouvés récompensés, après 12 années d'efforts ininterrompus, les fondateurs de l'œuvre ; ainsi s'est trouvée consacrée l'idée à la fois heureuse et généreuse qui les avait animés ; ainsi s'est trouvé atteint le but qu'ils poursuivaient d'un zèle si louable, car l'investiture officielle a donné à notre institution privée le caractère d'une institution publique, en même temps que le caractère d'une personne morale et civile. Aujourd'hui notre Ecole a le droit de cité et les étudiants qui viennent lui demander les lumières de

son instruction sont assurés, sous le couvert de la consécration gouvernementale, de trouver, non pas une entreprise faisant ses propres affaires ou celles de quelques individualités, mais un véritable établissement d'enseignement supérieur au niveau de ceux créés à si grands frais par l'Etat.

Mais ce qui donne surtout à cette reconnaissance une importance capitale, c'est l'époque à laquelle elle est intervenue. Tandis que la loi sur l'exercice de la médecine et de la dentisterie est pendante devant le Parlement, lorsqu'elle a déjà été votée par la Chambre, quand la commission sénatoriale discute ses articles, quand il est question de fonder un enseignement dentaire d'Etat, c'est alors que le gouvernement nous couvre de son égide. Lorsque, préoccupé du souci d'élever notre profession à l'égal de la profession médicale, il institue pour nous un diplôme officiel, lorsqu'il crée pour nous une nouvelle carrière libérale, il ne craint pas de nous accorder sa faveur et, au risque de sembler se contredire lui-même, en même temps qu'il met une barrière à l'entrée de notre corporation, il décerne les palmes à notre Ecole et la recommande au monde de la dentisterie.

Cela montre bien le rôle que notre école devra remplir une fois la loi de réglementation promulguée : elle servira d'école préparatoire aux candidats désireux d'obtenir le diplôme d'Etat, elle formera, comme par le passé, des praticiens habiles, instruits et éclairés et, par le renforcement de ses programmes, si besoin est, elle amènera facilement ses élèves à passer avec succès les examens imposés par l'Etat. Son rôle sera, pour ainsi dire, plus relevé puisque, au lieu d'un simple diplôme privé, quelque considéré qu'il soit, elle permettra l'obtention d'un diplôme officiel.

Un autre événement sur lequel ce rapport est obligé de s'arrêter, car il touche à l'existence même de notre profession, c'est précisément cette réglementation dont le mot revient si souvent depuis quelques instants.

Dans le courant de l'année, comme chacun le sait, le Sénat a voté le projet de loi sur l'exercice de la médecine qui avait été adopté par la Chambre un an auparavant.

Si l'on compare les dispositions adoptées à celles de la Chambre et de la commission sénatoriale elle-même, on demeure frappé des adoucissements que le Sénat a apportés à leurs rigoureuses exigences et de l'esprit de modération et d'équité dont il a fait preuve.

Des avantages notables nous ont été concédés sur la rédaction de la Chambre et sur la rédaction primitive du Sénat. On admettra volontiers qu'ils ne l'ont pas été sans cause. Cette cause, c'est la commission de réglementation que nous avions nommée. Cette commission a fait les plus louables efforts; des démarches répétées ont été faites par ses délégués près des membres de la Chambre haute et ce n'est qu'à force de visites, d'auditions, d'argumentation et d'action personnelle qu'ils ont pu obtenir ces concessions.

Il convient, à cette occasion, de rendre publiquement hommage au zèle infatigable de notre ami M. Touchard dans ces circonstances (*Applaudissements*); toujours sur la brèche, ne se lassant pas, ne se

rebutant jamais, on peut dire hautement qu'il a été l'âme de ce mouvement et que c'est à son énergie soutenue que sont dus les succès que nous nous plaisons à enregistrer. Succès, disons-nous, dont la profession tout entière profitera et dont peut s'enorgueillir à bon droit la direction actuelle de l'Ecole dentaire de Paris. Ses débuts ont été heureux; pourquoi ne pas regarder l'avenir avec sérénité?

Il faut dire que nous avons toujours à notre tête l'homme qui, depuis douze ans, a prodigué tous ses efforts, tous ses encouragements — et bien des choses plus palpables encore — à la réussite et au triomphe de notre institution (*Applaudissements.*) L'éloge de M. Lecaudey n'est plus à faire et tout ce qu'on peut dire à cet égard ne sera jamais qu'une vérité universellement connue. (*Applaudissements.*)

Mais il serait injuste de ne parler que des vivants quand, ceux qui sont morts ont droit, eux aussi, à un juste tribut d'hommages.

La mort a des rigueurs à nulle autre pareilles,

Et, dans son inexorabilité, elle a enlevé en quelques jours le Dr David à la science, à la profession, à l'Ecole dentaire de Paris. Ce n'est pas seulement parce qu'il en fut le directeur éclairé pendant cinq années que nous déplorons sa perte, c'est surtout à cause des services qu'il prenait plaisir à rendre à notre cause, qu'il faisait sienne. La reconnaissance d'utilité publique lui tenait à cœur, et ceux qui nous l'ont octroyée savent mieux que personne avec quelle ardeur il la réclamait. Dans la question de la réglementation, dont il était un des plus chauds partisans, nous trouvâmes en lui un zélé défenseur. Partout, à la Chambre, au Sénat, devant les commissaires, il employa sa parole chaude et persuasive à faire introduire des adoucissements en notre faveur. L'École dentaire de Paris, pour le remercier de ses services, l'avait nommé, dans ces derniers temps, directeur honoraire, titre qu'il ne porta que quelques jours. Elle lui doit plus qu'un souvenir, elle lui doit de la reconnaissance, et la profession ne saurait oublier son nom. (*Applaudissements.*)

La reconnaissance d'utilité publique dont nous nous réjouissons tous n'est pas cependant le seul témoignage officiel de satisfaction que nous ayons reçu de l'Administration.

Quand on prend du galon on n'en saurait trop prendre.

L'Ecole a reçu une nouvelle consécration du mérite de ses services dans la mission en Angleterre, confiée par M. le Ministre de l'Intérieur, suivant décret du 25 juillet, à M. Touchard qui doit aller étudier l'organisation de l'enseignement dentaire dans ce pays. C'est la deuxième fois qu'un représentant de notre Ecole est chargé d'une mission par le Gouvernement, et la rareté de cette faveur doit en faire apprécier tout le prix.

Là encore ne se sont pas bornées les marques de la considération que notre Ecole mérite de plus en plus, et l'Administration s'est plu, pour ainsi dire, à faire tomber sur elle une sorte de manne céleste qui ne saurait être mal accueillie. Peu à peu les diverses portes

s'ouvrent à nos confrères et çà et là sont créés des postes de dentistes pourvus de l'investiture administrative. Notre éminent maître M. Poinsot, que l'Ecole se fait toujours gloire de compter dans son sein, a été un des premiers à pratiquer une trouée dans ce qu'il appelait plaisamment *la muraille de la Chine* de l'Assistance publique. Il a été nommé dentiste de l'Asile clinique Sainte-Anne. (*Applaudissements.*) M. Fabre a obtenu les mêmes fonctions à l'école vétérinaire d'Alfort. M. Papot et M. Deville, de leur côté, ont été chargés, le premier du dispensaire des enfants malades du 11e arrondissement, le second de celui du 20e. M. Bonnard, membre du Conseil de Direction, a succédé à l'école polytechnique aux Drs Magitot et David. M. Levadour fils a été attaché à la préfecture de police et M. Trallero à l'hôpital de Cette. (*Applaudissements.*)

A côté de ces nominations, qui sont pour ceux qu'elles concernent de véritables distinctions dont l'honneur rejaillit sur notre institution, il s'en place d'autres purement honorifiques, qui sont à la fois une récompense du savoir et des services. MM. Poinsot et Blocman se sont vu décerner les palmes d'officier d'Académie ; je ne puis que dire avec vous qu'ils les ont bien méritées. (*Applaudissements.*)

Comme tous les ans, l'Ecole a bénéficié des subventions que lui accordent le Conseil municipal de Paris et le Conseil général de la Seine, et la présence ce soir de notre distingué président est une preuve de plus de l'intérêt que lui porte la municipalité du 9e arrondissement. (*Applaudissements.*)

Comme par le passé, le Ministre du commerce lui a accordé une médaille d'or, destinée à un de ses lauréats ; le Ministre de l'Instruction publique un prix, le préfet de la Seine deux volumes et la municipalité de l'arrondissement une médaille d'argent. De plus, de généreux donateurs, parmi lesquels nous citons avec plaisir le nom de M. Berthaux, de Soissons, un des vétérans de la profession (*Applaudissements*) lui ont fait don des prix que nous allons distribuer tout à l'heure ; qu'ils nous permettent de les en remercier vivement.

De pareils faits prouvent assez par eux-mêmes la considération dont jouit notre Ecole tant auprès des Pouvoirs publics que de l'Administration et de la profession et rendent en quelque sorte inutile le tableau de sa situation. Nous pouvons le résumer d'un mot en disant que sa prospérité ne s'est point démentie en 1892 et que les prévisions pour 1893 sont tout aussi bonnes.

Notre budget s'élevait au 1er janvier 1892 à la somme de 52.709 fr. Il a reçu, cette année, un accroissement par suite des souscriptions faites pour le développement de l'Ecole et dont, il importe de le dire, les plus fortes ont été recueillies parmi les membre du Conseil de Direction.

Notre service hospitalier, qui ne se ralentit pas, a reçu la visite de plus de 20.000 malades et il ne faut pas craindre d'ajouter que les soins qui leur sont prodigués ne laissent rien à désirer.

Le nombre des élèves pendant l'année 1891-1892 a été de 99, dont 27 en 1re année, 31 en 2e année et 41 en 3e année. Parmi eux 27 ont obtenu le diplôme que nous leur remettrons dans un instant ; l'élé-

ment étranger est toujours largement représenté, ce qui doit nous causer un juste orgueil.

Nous avons malheureusement perdu l'un d'entre eux pendant l'année, M. Joseph Banchereau, qui n'a dû cette fin prématurée qu'à un excès de travail, à la veille des examens. L'Ecole lui doit une mention et les regrets de ses professeurs. (*Applaudissements.*) L'Ecole a fait également une perte sensible dans la personne de deux de ses membres donateurs, MM. Ash père et Wirth, tous deux fabricants d'articles pour dentistes, qui avaient, à plusieurs reprises, témoigné de l'intérêt qu'ils lui portaient.

Les examens de fin d'année, dont vous allez entendre les résultats, ont été très satisfaisants et font prévoir pour plus tard des praticiens représentant dignement l'art dentaire français et lui rendant la splendeur dont il jouissait au début.

Mais ce n'est pas seulement du côté des élèves que nous devons éprouver une légitime satisfaction en cette matière : trois concours pour le recrutement du corps enseignant dentiste, à la suite desquels MM. Sauvez et Barrié ont été nommés professeurs suppléants, le premier d'anatomie dentaire, le second de dentisterie opératoire ; et MM. Bonnard, Martinier et Touchard, professeurs suppléants de clinique (*Applaudissements*), ont donné, de leur côté, un résultat supérieur à celui qu'on attendait.

Puisque nous parlons du corps enseignant, ce ne sera que justice de rendre hommage au zèle inépuisable de l'un ses membres qui, depuis plus de douze ans, occupe le poste de chef de clinique, qu'il n'a jamais quitté. J'ai nommé M. Martial Lagrange, auquel le Conseil de Direction est heureux d'exprimer publiquement ses remercìments. (*Applaudissements*).

Il ne me reste plus que quelques mots à vous dire de notre Société scientifique et de notre publication. Je le ferai brièvement pour ne pas contenir plus longtemps l'impatience de nos lauréats, désireux de recevoir les récompenses qu'ils ont si bien méritées.

La première, que préside M. Gillard avec tant de compétence, a fait une riche moisson de communications sérieusement étudiées qui font honneur à leurs auteurs. Les simples présentations ont fait place à de véritables thèses qui témoignent d'un travail assidu et de connaissances approfondies : celles de MM. Joseph et Loup ont été particulièrement remarquées.

Notre organe, l'*Odontologie*, a changé de direction mais n'a pas changé de maxime. Quand une voie ouverte est largement tracée, il y a tout profit à la suivre. Fondé sur d'intelligents principes, notre journal est resté dans le même sillon, et il a continué sa marche en recevant, de l'étranger surtout, d'encourageants témoignages. Fréquemment des emprunts lui sont faits, qui portent au loin le nom de nos maîtres et parfois de nos élèves. Ce sont là des citations à l'ordre du jour dont nous ne pouvons qu'être fiers et dont chacun doit avoir sa part.

En résumé, notre Ecole et ses divers groupements présentent une situation des plus satisfaisantes et permettent d'envisager l'avenir

avec assurance. Leur développement, leurs progrès, suivent un cours normal ininterrompu qui doit causer une vive satisfaction à ceux qui y président et à ceux qui y assistent. Quand on songe à notre commencement, à nos débuts, aux efforts incessants, aux difficultés vaincues, aux résultats acquis, et quand on pense que tout cela est l'œuvre de l'initiative privée et de l'association, on ne peut qu'admirer l'énergie et l'intelligence de ceux qui ont entrepris cette noble tâche et qui y ont consacré leur activité. Ils ont droit à toute notre gratitude et à notre admiration et il ne faut pas les leur ménager, quels qu'ils soient, fondateurs, fonctionnaires, professeurs, donateurs ou autres.

C'est pour essayer, dans la mesure du possible, de reconnaître les services rendus à l'Ecole par l'un de ses collaborateurs les plus dévoués depuis la première heure que le Conseil de Direction, suivant une tradition des plus louables, a décidé d'accorder une médaille d'or au Dr Aubeau, professeur de thérapeutique et de matière médicale depuis douze ans et rédacteur en chef, au début, de notre journal *l'Odontologie*. (*Applaudissements.*) Vous ratifierez tous, nous en sommes convaincu, ce choix dont le Dr Aubeau a su se rendre digne par son activité, son dévouement et son attachement constant à notre institution. (*Applaudissements.*)

PALMARÈS

Année scolaire 1891-1892.

LAURÉATS

M. Jeay (Charles) ayant obtenu 116 points 3/4 aux examens de fin de 2e année, il lui est décerné :

1° *Une médaille de vermeil*, offerte par le Ministre du commerce ;

2° *Une médaille de vermeil*, offerte par l'Ecole ;

3° *Un tour à fraiser*, don de la maison S. S. White, de Philadelphie ;

4° 1er *prix Berthaux*, de Soissons (volumes divers).

Mlle Berg (Marie) ayant obtenu 116 points aux examens de fin de 3e année, il lui est décerné :

1° *Un prix d'honneur*, offert par le Ministre de l'Instruction publique ;

2° *Une médaille d'argent*, offerte par l'Ecole ;

3° *Un prix de* 100 *francs*, don de la maison Ash et fils de Londres ;

4° *Un vulcanisateur nickelé*, don de M. Mamelzer, de Paris.

Mme Prussenar (Léocadie) ayant obtenu 114 points aux examens de fin de 3e année, il lui est décerné :

1° *Une médaille d'argent*, offerte par M. Emile Ferry, député de Paris, maire du 9e arrondissement ;

2° *Une médaille d'argent*, offerte par l'Ecole ;

3° *Un vulcanisateur*, offert par la maison Wirth, de Paris ;
4° 2e *prix Berthaux*, de Soissons (volumes divers).

M. Broussilowsky (Savely) ayant obtenu 111 points 3/4, il lui est décerné :

1° *Un prix*, 2 volumes, don de M. le préfet de la Seine;
2° *Une médaille de bronze*, offerte par l'Ecole ;
3° *Une trousse de* 12 *daviers*, don de M. Victor Simon, de Paris ;
4° *Un cautère*, offert par M. Paulme.

Mentions honorables.

En présence des excellents résultats qu'a donnés l'examen général cette année, le Conseil de Direction a décidé d'accorder à :

M. Hofzumahaus (Georges), qui a obtenu 107 points 3/4, une mention honorable ;

Mme Masson (Marie), qui a obtenu 107 points 3/4, une mention honorable.

Prix de clinique.

Mme Prussenar (Léocadie) ayant eu pendant ses trois années de scolarité le plus de points sur son carnet de clinique, correspondant au plus grand nombre de malades soignés, et le plus de présences au dispensaire, il lui est décerné :

1° *Un prix de clinique et une lampe Telschow*, offerte par M. E. Lecaudey, directeur de l'Ecole.

Prix de dissertation.

Le Conseil de Direction ayant ouvert un concours entre les lauréats décerne à M. Jeay (Charles) *une médaille de vermeil* pour la façon brillante avec laquelle il a traité le sujet donné pour sa thèse.

Examen de fin de 3e année.

Etudiants ayant subi avec succès l'examen général et admis au diplôme de l'École dentaire de Paris.

Points : maximum, 132 ; minimum, 88.

	Session de juillet.	
M.	Jeay	116 3/4
Mlle	Berg	116
Mme	Prussenar	114
MM.	Broussilowsky	111 3/4
	Hofzumahaus	107 3/4
Mme	Masson	107 3/4
MM.	Legros	102 1/2
	Contard	101 1/4
	Hirschberg	99 1/4
	Paulet	99
	Boulleret	98 3/4
	Dupas	98 1/2
	Klein	97 1/2
	Dyssli	97
MM.	Elcus	96 1/4
	Ribard	93 3/4
	Merlin	92
	Francq	91 1/2
	Rasumny	89 3/4
	Session d'octobre.	
MM.	Cournand	109
	Mamelzer	96 1/2
	Hess	95 1/2
	Flémin	94 1/2
	Héraud	94 1/4
	Marin	94
	Blondeel	91 1/4
	Lalement	

Examen de fin de 2e année.

Etudiants ayant subi avec succès l'examen de 2e année et admis à suivre les cours de 3e année.

Points : maximum, 102 ; minimum, 60.

	Session de juillet.			Mme	Monnet	73
MM.	Robin	90 1/4		MM.	Tireau	71 1/2
	Houdoux	90			Schwabsky	70 3/4
Mlle	Eloy	88 1/2			Bassot	70 1/4
MM.	Charpentier	88 1/2		Mlles	Hamet	67 3/4
	Germain	87 1/2			Bouret	65 3/4
	Devoucoux	81 3/4		M.	Schittikoff	61 3/4
	Picot	79 1/4			*Session d'octobre.*	
	De Rojas	79 1/4		MM.	Le Sève	77
	Cherbétian	74 1/2			Buron	74 3/4
	Bouvry	74			Katz	65 3/4
Mlle	Moscovitsch	73 3/4			Dr Lévrier	
M.	Vergel de Dios	73 1/2				

Examen de fin de 1re année.

Etudiants ayant subi avec succès l'examen de fin de 1re année et admis à suivre les cours de 2e année.

Points : maximum, 78 ; minimum, 40.

	Session de juillet.			MM.	Lemarchand	55 1/4
Mlles	Bovolin	70 3/4			Frankel	55 1/4
	Duvignau	69 1/2		Mme	Gelma	54 3/4
	Felgines	67 1/2		MM.	Antoine	52 1/2
MM.	Jaspar	66 1/2			Lebled	50
	Blumenfeld	65 1/2			Vidal	44 3/4
	Daclin	63 1/4			Bernstein	44 1/2
	Rigolet	62 1/2			Cottance	44 1/4
Mlles	Vergne	60 1/2			*Session d'octobre.*	
	Burau	59 3/4		MM.	Scribot	59 1/2
MM.	Dubourg	58 1/2			Rosenthal	45 3/4
	Duncombe	57 3/4			Quatremain	41
	Nicolaïdes	56 1/4				

TRAVAUX ORIGINAUX

L'IMPORTANCE RÉELLE DE LA DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE DE LA CARIE DENTAIRE EN ETHNOGRAPHIE

Par M. le Dr L. Thomas, professeur à l'École dentaire de Paris.

Appendice.

Dans le cours de cette étude, j'ai voulu voir si les analogies historiques permettraient d'admettre la persistance d'un type primordial dans une région donnée, malgré l'introduction à une certaine époque d'éléments différents dans le pays. J'ai cherché si la présence d'individus même peu nombreux ne pouvait pas modifier pendant plusieurs siècles le type d'une race envahissante arrivée plus tard. Cette expérience a été faite au Groënland. Découvert au Xe siècle de notre ère, occupé en grande partie par des émigrants irlandais et norvégiens, il comptait au XIVe siècle plusieurs colonies européennes aussi prospères qu'elles peuvent l'être sous ces latitudes. Elles furent détruites par les Eskimos, chassés eux-mêmes du voisinage des grandes lois de l'Amérique du Nord par les Indiens; le Groënland resta sans communication avec l'Europe. Au commencement du XVIIIe siècle, pas un navire n'était arrivé jusqu'à lui depuis 300 ans au moins. Les colons scandinaves n'avaient jamais été assez nombreux pour prendre la place des premiers occupants ; ils furent soumis eux-mêmes par les Eskimos. Des individus peu nombreux, appartenant à une race dont l'acclimatement dans les régions boréales était imparfait, sont subjugués et en partie détruits par une population complètement différente ; ils eussent dû être anéantis et ne laisser aucune trace appréciable sur la race conquérante ; mais il était encore possible de trouver au Groënland trois siècles plus tard de nombreux sujets qui présentaient à un degré frappant le type européen. Si nous tenons compte de ces faits, il nous paraîtra difficile d'admettre que, dans les parties du sol gaulois occupées d'une façon permanente par des conquérants étrangers, soumis eux-mêmes plus tard par d'autres conquérants de race différente, leurs caractères ont été si bien perdus qu'on est revenu au type primordial, celte ou kimrique.

La Seine-Inférieure est le département de France dans lequel, d'après la plupart des tableaux statistiques, les réformes pour carie dentaire ont toujours été les plus nombreuses. Nulle part, peut-être, les données de l'histoire ne concordent mieux avec l'hypothèse d'une prédisposition ethnique. Au temps de la conquête romaine, les habitants de la région, les Calètes et les Véliocasses, faisaient partie de la confédération des tribus belges, avec les Bellovaques, les Morins, les Ménapes, les Nerviens, etc. ; toutes ces populations étaient

kimriques. Au Ve siècle de notre ère, arrive avec l'invasion franque un élément germanique qui ne pouvait guère modifier le système dentaire dans un sens favorable; les circonstances furent les mêmes à la venue des Normands; il ne paraît exister aucune difficulté de ce côté; si quelque chose a pu modifier la pureté du type kimrique, c'est l'adjonction d'immigrants tudesques ou scandinaves dont les dents étaient mauvaises. Il y a pourtant une particularité dont on ne tient pas assez compte : l'occupation romaine. La confédération kimrique des bords de la Seine, de la Somme et de la Sambre fut détruite en une campagne. Les premiers contingents, formés surtout par les tribus du Sud, ayant fait une incursion dans le territoire des Remis alliés des Romains et mis le siège devant Bibran [1], une de leurs villes les plus importantes, furent obligés de le lever à cause des manœuvres savantes de César. Ayant essayé de se porter sur ses derrières et de le couper des contrées dans lesquelles il se ravitaillait, en traversant la rivière Axona [2], ils échouèrent encore, et furent obligés de regagner leur territoire; la retraite fut si désastreuse qu'une partie d'entre eux, les Sucssiones, les Bellovaques et les Ambiani firent immédiatement leur soumission [3]. Il est probable que les Calètes et les Véliocasses souffrirent comme leurs voisins; le pays fut surveillé par une série de postes, coupé de chemins stratégiques, parcouru en tous sens par des détachements qui rappelaient à propos la puissance romaine à ceux qui auraient eu des velléités d'indépendance. La population perdit son autonomie et jusqu'au souvenir des anciennes luttes. Moins d'un siècle après la conquête, une florissante cité, une des plus importantes de la seconde Lyonnaise, s'éleva sur les ruines de l'ancienne métropole des Calètes; on l'appela Juliobona, du nom de la fille d'Auguste.

Les colonies romaines, devenues de plus en plus populeuses par l'arrivée de gens de la Province, de l'Italie, et même d'autres parties de l'Empire, par celle de nombreux vétérans des différentes armées, jouirent pendant plusieurs siècles d'une véritable prospérité. Pourquoi l'élément immigré, actif, vivace, acclimatif, aurait-il été noyé dans la masse kimrique? Pourquoi le type romain ne se serait-il pas conservé au milieu d'elle comme le type scadinave s'est conservé parmi les Eskimos du Groënland? Est-il possible d'admettre que les habitants du département de la Seine-Inférieure sont de souche franchement kimrique avec addition insignifiante de sang germain et scandinave et que les éléments divers venus du midi de l'Europe pendant les cinq siècles de la puissance romaine n'ont pas laissé la plus légère empreinte sur la race? Il est cependant probable que la proportion des individus bruns et à bonnes dents venus du midi de l'Europe relativement aux Aborigènes était beaucoup plus élevée que celle des Scandinaves des pays arctiques par rapport aux Eskimos.

1. Braine ou Fismes.
2. L'Aisne.
3. J. Cæsaris, *Commentar.* Lib: II passim.

RELATION D'OPÉRATIONS MULTIPLES

FAITES SIMULTANÉMENT CHEZ UN SUJET DIATHÉSIQUE COMME PRÉPARATION A UNE OPÉRATION GÉNÉRALE

Par M. P. Poinsot,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Une dame affectée depuis plusieurs années d'un carcinome des gencives vit ses dents se décalcifier, la dentine se décomposer et les accidents consécutifs aux troubles généraux de la nutrition, joints aux phénomènes pathologiques résultant de l'emploi quotidien des injections sous-cutanées de morphine, se généraliser et s'aggraver au point de représenter toutes les formes et tous les degrés de la carie dentaire, avec toutes les complications variées.

Nous dûmes, en maintes circonstances, intervenir pour calmer des douleurs parfois intolérables, et, à chaque visite nouvelle, nous étions stupéfait des progrès des altérations déjà commencées, sans préjudice de nouveaux points déjà fort avancés, non soupçonnés aux visites antérieures.

La malade dépérissait de plus en plus et l'on attendait un dénouement fatal d'un instant à l'autre, lorsque, après un temps d'arrêt dans la marche de la maladie, les médecins consultés constatèrent un certain regain vital; des muscles, réduits à leur plus simple expression, se reformèrent d'une façon surprenante. L'état général s'améliora de telle sorte que l'opération de la jambe fut décidée en principe. Elle avait déjà été conseillée jadis par feu le professeur Trélat, qui avait prédit les désordres du système dentaire pour le cas où ses conseils ne seraient pas suivis.

C'est ici que nous plaçons une question du plus haut intérêt, qui marque une fois de plus combien le dentiste devient l'auxiliaire précieux du chirurgien ou du médecin. En effet, l'opération fut décidée en principe, mais, au préalable, il fallait, disait la consultation, extraire les mauvaises dents, après cicatrisation, placer des dents artificielles, afin de s'assurer des moyens de mastication pour favoriser ensuite la nutrition générale, et ensuite procéder à la grande opération.

Le 16 septembre dernier, rendez-vous fut pris à onze heures du matin pour les extractions dentaires avec anesthésie par le chloroforme, qui fut administré par un chirurgien des hôpitaux, en présence d'un médecin des hôpitaux.

A onze heures et demie le chloroforme fut administré avec une science et une prudence en rapport avec la gravité du cas spécial.

Le nombre des dents et racines à extraire s'élevait au chiffre de trente. Nous divisâmes le temps de l'opération en 4 temps : 1er temps, maxillaire inférieur, de la dent de sagesse gauche à l'incisive centrale, 8 ; 2e temps, de la dent de sagesse droite à l'incisive centrale

du même côté, 7 ; 3e temps, de la dent de sagesse gauche à la racine de l'incisive centrale supérieure ; 4e temps, de la dent de sagesse droite à la racine de l'incisive du même côté.

En chirurgie dentaire nous sommes moins favorisés qu'en chirurgie générale ; en effet, pour toutes les opérations demandant un temps fort long, on peut maintenir son patient sous les vapeurs chloroformiques plusieurs heures sans interruption, tandis que, pour nos opérations, nous sommes obligés d'interrompre l'anesthésie. Nous dûmes donc recourir aux susdites divisions.

L'opération réussit bien, et fut pratiquée dans le moins de temps possible. A midi et demie, nous quittions la malade dans les meilleures conditions.

Je ne saurais trop vous recommander, lorsque vous aurez à pratiquer une opération de cette importance, de vous bien préparer afin de vous posséder entièrement ; je n'ai pas cru devoir recevoir de malade, de toute la matinée, afin d'éviter toute cause pouvant diminuer mes facultés, et j'appelai à mon aide toutes les forces dont je peux disposer.

Me trouvant près du domicile de ma malade bien avant l'heure arrêtée, je ne crus pas faire d'infraction à la règle que je m'étais posée en montant chez un de nos confrères ici présents, M. Prével, dont vous connaissez tous la bonne confraternité et certes j'étais convaincu d'avance que de notre conversation ne sortirait rien qui fût susceptible de me diminuer.

Cette observation m'a paru intéressante par plus d'un côté ; je tiens cependant à insister sur l'un d'eux. En effet, bien des fois cette question nous est posée : « Combien pouvez-vous pratiquer d'extractions en une seule séance ? » Lorsque vous annoncez le chiffre 8, 10, 12, vous constatez presque toujours le plus grand étonnement ; on ne manque pas de représenter les hémorragies qui doivent fatalement résulter de semblables imprudences, etc., etc. Que dire de ces trente opérations dans des conditions spéciales des plus périlleuses ? C'est le cas de répéter que le vrai n'est pas toujours vraisemblable, car le plus souvent j'ai constaté des hémorragies pour un petit nombre d'extractions et point pour un grand nombre. Il semblerait que la multiplication des ouvertures alvéolaires diminue l'intensité des hémorragies de chacune d'elles.

Le 23 septembre, j'ai revu mon opérée ; il y avait des années qu'elle n'avait été si bien, sentant, disait-elle, que sous peu de jours la mastication lui serait possible, ce dont elle était privée depuis longtemps.

Nous espérons que les dents artificielles, placées en temps opportun, donneront le résultat recherché et qu'une fois de plus l'art du dentiste sera l'auxiliaire de l'art médical.

NÉCROSE DES MAXILLAIRES COMME CAUSE DE CERTAINES ANOMALIES DENTAIRES

par M. G. VIAU,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Parmi les causes qui retentissent sur le développement de l'appareil dentaire, les accidents traumatiques ou inflammatoires portant sur le maxillaire pendant la période de la dentition sont ceux dont les effets semblent présenter la plus grande importance. Les anomalies dentaires qui en résultent sont d'autant plus intéressantes qu'à une époque éloignée de l'accident primordial il est à peu près impossible de remonter à la véritable cause de l'anomalie, car il ne reste presque aucun indice pouvant donner une interprétation satisfaisante de ces phénomènes de déviation.

S'il est devenu classique de dire que, dans les conditions normales, l'arrangement régulier des dents est indispensable au développement des portions alvéolaires des maxillaires, il ne faut pas oublier que ce développement régulier des dents est lui-même sous la dépendance immédiate du développement régulier des maxillaires. Quelle que soit la tendance naturelle des dents à prendre une position régulière, elle ne suffit pas pour lutter contre les obstacles physiques qu'un maxillaire anormal peut lui opposer; la fréquence du développement vicieux de la dent de sagesse le prouve. D'ailleurs, cette idée est tellement en accord avec les observations cliniques que l'on est autorisé à rattacher au développement défectueux des mâchoires un grand nombre de déviations du système dentaire. La direction, la disposition et l'éruption des dents peuvent être plus ou moins influencées, mais l'observation qui suit confirme une fois de plus et d'une façon manifeste l'influence du développement des maxillaires sur les déviations des dents.

Mlle L..., âgée de 9 ans, possède à l'heure actuelle une santé satisfaisante ; à 3 ans, elle fut atteinte d'une maladie générale aiguë, sur la nature de laquelle on n'a pu obtenir de renseignements précis, et immédiatement après d'une affection de la mâchoire inférieure, suivie de nécrose. Cette affection ne fut probablement autre chose qu'une ostéite suppurée ; je dis *probablement* parce que je n'ai pas assisté aux premières phases de l'évolution de la maladie.

Rien à noter du côté des antécédents héréditaires. Nous serions peut-être assez près de la vérité si nous voulions l'attribuer à l'influence de la maladie générale qui a précédé le développement de la nécrose ; mais il n'est pas impossible non plus d'admettre l'origine buccale de l'affection, par propagation au tissu osseux de l'inflammation ulcérative de la muqueuse. Le chirurgien qui a soigné l'enfant n'a pu nous donner aucun renseignement à ce sujet.

Au moment où nous vîmes la malade (peu de temps après l'accident primitif), les altérations s'étendaient à une portion considérable de la moitié droite de la mâchoire inférieure ; mais c'est surtout au niveau de l'angle correspondant, et suivant la ligne oblique allant du sommet de cet angle à la dernière molaire, que les lésions étaient profondes ; les fistules, muqueuse et cutanée, laissaient échapper un pus abondant et de mauvaise nature. Cette sécrétion fut tarie après l'enlèvement d'un séquestre, dont le volume ne présentait aucune proportion avec la déformation du maxillaire. Comme on le voit d'après le moulage, les modifications sont très prononcées et déterminent une asymétrie frappante des deux moitiés de la mâchoire. La conformation de la moitié droite, à partir de l'incisive centrale correspondante, nous rappelle bien la forme qu'affecte le tissu régénéré substitué à la portion nécrosée ; en effet, la courbe normale de la parabole fait défaut et le bord alvéolaire, ainsi que le corps même de la moitié déformée, se rapproche de la direction rectiligne ; cette portion du maxillaire est également bien plus courte que la moitié opposée, et la dent de six ans est notablement plus rapprochée de la symphyse que son homologue de la moitié gauche. D'après ce que dit la mère de l'enfant, plusieurs petits séquestres, moindres que celui que nous avons extrait, seraient sortis depuis que la nécrose s'est produite.

Le placement des dents suit la disposition du rebord alvéolaire, condition qui suffit pour déterminer la déviation de toute une série de dents. L'irrégularité dans le placement n'est pas le seul fait intéressant ; une autre anomalie est tout aussi digne d'attention : c'est la perturbation dans la chronologie de l'éruption des dents permanentes ; il y a eu éruption précoce. La dent de six ans apparaît vers 4 ans ; la première bicuspide à 6 ans 1/2 et la canine à 8 ans. Cette précocité n'est pas particulière à la moitié sur laquelle a porté la nécrose. Du côté gauche la canine permanente fait son éruption à 7 ans 1/2, elle a ainsi précédé l'éruption des bicuspides. Il est intéressant de remarquer qu'à la mâchoire supérieure il y aurait un peu de retard plutôt qu'un état précoce ; à l'heure actuelle, les incisives font leur éruption.

L'influence de l'état morbide nous paraît donc indiscutable, car nous ne pouvons pas expliquer autrement les déviations multiples. Il nous est cependant difficile de nous rendre compte de la précocité de l'éruption des dents permanentes ; cette évolution précoce, qui serait plutôt la preuve d'un état florissant des fonctions physiologiques, ne s'accorde pas avec le peu de vigueur organique que suppose la présence d'une maladie aussi grave à notre point de vue — la nécrose des maxillaires et la suppuration prolongée consécutive. — Elle serait ainsi loin de confirmer les idées admises que le retard de l'éruption serait le résultat de la faiblesse constitutionnelle.

NOUVEL APPAREIL A DRAINAGE POUR LE TRAITEMENT DES ABCÈS DU SINUS

Par M. Francis JEAN.

Les abcès du sinus maxillaire résultant presque toujours de lésions dentaires profondes, nous avons souvent l'occasion d'en pratiquer le traitement. Pour cela, notre rôle de prothésiste nous facilite l'application des moyens thérapeutiques et nous permet d'obtenir de bons résultats.

Quoique cette affection du sinus ne soit pas absolument du ressort du dentiste, il est évident que, dans la majorité des cas, celui-ci est le premier à en établir le diagnostic, puisque les manifestations pathologiques portent le plus souvent sur les dents et sur le maxillaire.

Aussi, avant de conseiller à nos patients de se soumettre à une véritable opération chirurgicale (trépanation de la fosse canine, méthode de Metzuliez, curetage du sinus, préconisé par MM. Eysautier et de la Jarrige, etc.), est-il de notre devoir d'intervenir, même dans les cas douteux quant à la cause. Notre intervention amène toujours une amélioration notable, et le plus souvent une guérison rapide et radicale.

Le but de ma communication n'est pas de vous répéter ce que nous connaissons tous à l'école. L'anatomie et la pathologie du sinus ont d'ailleurs fait l'objet d'une conférence récente du Dr de la Jarrige dont nous avons gardé le meilleur souvenir. Mon but est de vous présenter un appareil de mon invention dont j'ai obtenu d'excellents résultats. Puissé-je ainsi contribuer aux progrès croissants de notre art.

La périostite, le gonflement latéral de la région palatine, la crépitation à la palpation, l'exophtalmie, la suppuration bucco-nasale, la fistule alvéolaire profonde, l'opacité de la région malgré l'éclairage par la lampe électrique de Chardin (procédé dû à Heryng) sont autant d'indications de cette affection. Quand, par un diagnostic précis, nous avons constaté quelques-uns de ces symptômes, nous devons, dans le traitement intra-buccal, avoir recours à un canal d'écoulement partant du sinus pour aboutir à la gencive, et il faut en créer un, si déjà il n'en existe pas. Alors nous choisissons le point le plus déclive de cette cavité; pour cela nous devons faire une ouverture alvéolaire, autant que possible au niveau de la deuxième grosse molaire. Le point correspondant à la dent de sagesse serait l'endroit le plus favorable pour l'écoulemnnt du liquide pathologique, mais cette partie étant très éloignée, l'accès en serait incommode et le traitement deviendrait un peu plus difficile.

S'il n'existe aucune dent dont l'extraction soit indiquée comme étant la cause des accidents, on fait l'avulsion de la première ou de la deuxième grosse molaire, selon que l'intensité de l'inflammation

correspond à l'un ou à l'autre de ces points. On peut également pratiquer ce canal dans l'espace compris entre la canine et la deuxième molaire si, dans cette région, il y a un vide par suite de l'absence de dents. En tout cas, cette ouverture se pratique avec un gros foret monté sur un tour. Il faut que l'opérateur ait une certaine souplesse de main et soit bien maître de son foret, qu'il doit sentir pénétrer doucement dans le vide, car une trop forte pression pourrait faire traverser brusquement le sinus et pénétrer dans l'orbite. On élargit ensuite l'ouverture avec un trocart assez gros.

Notre ouverture obtenue, souvent au niveau de la première ou de la deuxième grosse molaire, nous nous occupons de la prise de l'empreinte qui devra nous donner la direction du trajet créé ou du trajet fistuleux, résultat qu'il n'est pas toujours facile d'obtenir. On y arrive cependant en décomposant l'opération : 1° placement du modèle du drain, 2° prise de l'empreinte, et vice-versa pour retirer ces parties. Le modèle qui a permis la confection d'un appareil portant le tube de drainage une fois obtenu, la pose en est parfois délicate, étant donnée la longueur commune des tubes, soit deux centimètres environ. L'orifice buccal ne permet pas toujours une manœuvre facile de cet appareil, qui est rigide, et on blesse souvent la muqueuse. D'autre part, les tubes fenêtrés sont la cause d'une irritation constante, résultant des végétations qui tendent toujours à s'introduire par les trous latéraux, dans la partie inférieure en contact continuel avec la muqueuse. Tels sont les inconvénients des anciens appareils.

J'arrive au traitement que j'applique. D'abord j'ai pour habitude de ne faire usage de coton qu'au début, lorsqu'il est nécessaire de dilater un canal fistulaire existant, et dans ce cas voici comment je procède.

Afin d'empêcher la putréfaction du coton, tout en augmentant son action dilatante, je l'imprègne du mélange suivant :

Aristol..............................	} ââ
Laminaire en poudre..............	

Je roule une mèche d'épaisseur convenable que j'introduis serrée dans le canal. Cette opération répétée une ou deux fois, j'obtiens une ouverture assez large pour pouvoir aisément y introduire un tube cylindrique ayant au moins la grosseur d'une plume d'oie. Cela fait, j'exclus l'usage du coton : ce mode d'emploi de la laminaire en poudre donne aussi d'excellents résultats pour produire l'écartement des dents.

Le canal d'écoulement établi, que ce soit par ce procédé ou par un autre, j'applique le drain qui fait l'objet de ma communication et dont je vous remets un spécimen.

Le tube rigide est remplacé par un ressort à boudin en or ou en platine ajusté et préparé suivant le cas pour la grosseur ; la longueur ne varie pas sensiblement. Il suffit de voir l'appareil pour se rendre immédiatement compte de l'importance de mon procédé. Le drainage se fait sur toute la longueur du tube, grâce au jeu que laissent entre

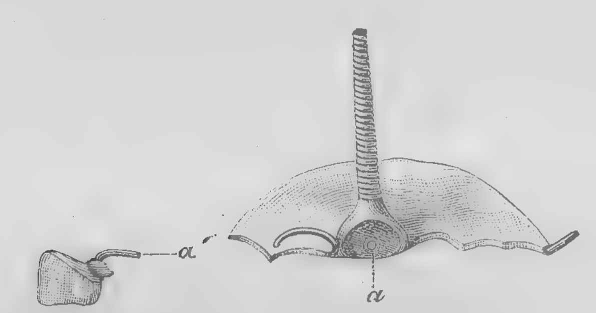
elles les spires du fil ; le drain est traversé latéralement par les liquides, que ce soit du pus, des sécrétions ou des irrigations antiseptiques faites avec le secours de la seringue.



Drain flexible prêt à être fixé sur la plaque-base.

Ce drain doit être nettoyé fréquemment dans un liquide antiseptique, à l'aide d'une brosse cylindrique montée sur un fil métallique ; il pourrait être séparé à volonté de la plaque-base, afin d'être stérilisé par le feu ; on devrait alors le fabriquer en platine iridié. Il doit être obturé pendant les repas, et il y a avantage à faire cette occlusion à l'aide d'une dent mobile qui sera utile à la mastication.

C'est surtout par l'irrigation que l'antisepsie peut être assurée ; elle est indispensable en raison de l'entraînement produit par un courant liquide qui charrie les matières septiques. Après le lavage, l'iodoforme, le salol, l'aristol, etc. en insufflations seront des adjuvants précieux,



Dent minérale destinée à obturer le drain.

Drain fixé sur la plaque-base.

Que ces irrigations soient antiseptiques, c'est l'essentiel ; l'acide phénique, l'acide borique, le permanganate de potasse, le nitrate d'argent, la teinture d'iode ou une solution hydrargyrique amélioreront la situation. L'antiseptique auquel je donne la préférence est le chlorure de zinc en solution à 3 0/0 au début et appliqué plusieurs fois par jour. Après avoir constaté une amélioration, je diminue graduellement le titre de la solution, pour arriver à 1 0/0 ; puis je me sers d'eau phéniquée et enfin d'eau boriquée. En procédant ainsi, j'affaiblis progressivement l'action caustique des médicaments employés et j'espace les séances. Pendant toute la durée du traitement, le malade fait lui-même de nombreux lavages. Quand les liquides ressortent propres, on peut considérer que le malade est guéri, mais

cependant il faut encore le tenir en observation rigoureuse pendant une période de plusieurs semaines, période d'autant plus longue que la durée du traitement l'a été elle-même davantage. Si aucune sécrétion morbide ne se manifeste plus, je supprime le drain et je laisse simplement la plaque-base afin d'empêcher les parcelles alimentaires de pénétrer. Dans ces conditions, les parois de la fistule se resserrent jusqu'à l'oblitération complète du canal.

Un grand avantage de ce tube consiste aussi dans sa flexibilité. Avez-vous affaire à un orifice buccal restreint, cette flexibilité devient d'un grand secours pour faciliter la prise de l'empreinte. Le drain se courbe plus ou moins, puis reprend sa position verticale une fois en place et se prête aux mêmes flexions lorsque l'on enlève l'empreinte ou l'appareil.

Pour conclure, ce drain facilite la prise de l'empreinte; il s'adapte facilement dans la bouche; il assure l'antisepsie par sa construction. De plus, ce qui n'est pas à dédaigner, il peut être fabriqué dans nos laboratoires.

Si ce petit perfectionnement avait votre approbation, je serais heureux que vous voulussiez bien l'expérimenter, persuadé que vous en tirerez les meilleurs effets.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 11 octobre 1892.

Présidence de M. Gillard, président, puis de M. Poinsot, président honoraire.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. Gillard. — Nous reprenons ce soir le cours de nos travaux après une interruption de deux mois de vacances et j'espère que la bonne volonté de chacun viendra augmenter l'attrait de nos séances. Pour répondre à certaines objections faites par quelques confrères qui s'excusent de ne point faire de communication, selon leur désir, en raison de la difficulté de trouver du nouveau, je rappellerai qu'il n'est pas nécessaire d'innover pour intéresser. Le rapport d'un cas bien connu, minutieusement étudié dans ses manifestations, est toujours écouté avec plaisir. Aussi ne saurais-je trop engager nos confrères à nous faire des communications, elles seront toujours les bienvenues.

Puisque nous avons la bonne fortune de posséder aujourd'hui notre maître, M. Poinsot, président honoraire de l'Association, je demande à l'assemblée de bien vouloir m'autoriser à lui céder la présidence.

M. Gillard cède la place à *M. Poinsot*, qui remercie de cette marque de sympathie.

M. Francis Jean donne lecture du procès-verbal de la dernière séance. Au nom de M. Joseph, il fait les rectifications suivantes :

1° au lieu de *il y a une thèse de M. Redier,* il faut lire *il y a une thèse de M. Cornudet, élève de M. Redier* ; 2° *au lieu de théorie de M. Magitot,* il faut lire *théorie adoptée par M. Magitot.*

Il signale en outre une erreur typographique relative aux paroles de M. Gillard : au lieu de *rompre l'autre maxillaire,* c'est *rompre l'artère maxillaire* qu'il faut lire.

Après ces rectifications, le procès-verbal est adopté.

I. — Relation d'opérations multiples faites simultanément chez un sujet diathésique comme préparation d'une opération générale, par M. Poinsot

M. Poinsot donne lecture de cette communication (insérée aux *Travaux originaux*).

DISCUSSION

M. Swaykarsky. — Il est des extractions très difficiles qu'on ne pourrait pas faire en aussi grand nombre. Il m'est arrivé de pratiquer l'avulsion de sept dents en une séance et, à la suite de cette opération, il se déclara une forte fièvre.

M. Poinsot. — Une seule extraction peut produire également de la fièvre ; tout dépend de l'intensité inflammatoire des tissus.

II. — Observation critique sur le travail a pont, par M. Poinsot

M. Poinsot. — La réclame de soi-disant spécialistes vantant bien haut un système de dents sans plaques ni crochets fait que la clientèle nous accable de questions à ce sujet.

Dernièrement un de mes clients vint me consulter dans ces conditions. Je ne pus le persuader que rien ne peut tenir sans rien. Les efforts que je fis pour lui démontrer les inconvénients de ces appareils furent vains. Mon client me quitta, mais revint quelques mois après, souffrant horriblement. Je constatai l'application de deux appareils à pont au maxillaire inférieur. Le côté gauche comprend quatre dents, 1 canine, 2 petites molaires et 1 grosse. Pour la fixation de cet appareil, on a dû couper l'incisive latérale du même côté, dent vivante dont on dut détruire la pulpe afin d'y loger un pivot, combiné avec une coiffe d'or surmontée d'une dent minérale. En arrière deux molaires restaient : on se servit de l'avant-dernière pour y adapter une autre coiffe d'or ; au préalable cette dent fut taillée et rodée pour la circonstance. Au côté droit l'appareil était analogue mais ne comportait que 2 petites molaires. Je vous soumets du reste les appareils sur les modèles.

A quoi devons-nous attribuer les souffrances endurées par mon client, si ce n'est à la périostite des dents désorganisées autant dans leur texture que dans leur indépendance physiologique ?

J'avouerai cependant avoir constaté quelques résultats heureux dans ce genre de travail, mais ce sont des raretés auxquelles il ne faut pas se fier. Dans le cas présent, et j'en ai cité d'autres autrefois, je dus enlever ces appareils pour les remplacer par le système classique, appareil mobile, qui donna toute satisfaction à *mon client.*

III. — Nécrose des maxillaires comme cause de certaines anomalies dentaires, par M. Viau

M. Viau donne lecture d'un travail qui est inséré aux *Travaux originaux.*

DISCUSSION

M. Poinsot. —J'ai eu l'occasion de constater des anomalies analogues ; par exemple lorsqu'une dent de lait est extraite prématurément, mais le cas de M. Viau est extraordinaire et concluant.

Avez-vous des renseignements sur la nature des éléments réséqués ?

M. Viau. — Je n'ai à cet égard que des indications très vagues ; la mère de l'enfant elle-même ne pouvait préciser.

M. Francis Jean. — J'estime que le chirurgien était seul capable de donner des renseignements précis quant à la nature du tissu réséqué.

M. Touchard. — J'admets qu'il se peut qu'un kyste dentigère soit en cause.

IV. — Nouvel appareil de drainage pour le traitement des abcès du sinus

M. Francis Jean fait une communication sur ce sujet (voir *Travaux originaux*) et présente le modèle de son appareil adapté sur une pièce anatomique préparée pour la démonstration.

DISCUSSION

M. Legret. — Dans les affections du sinus j'ai observé d'excellents résultats par les insufflations d'iodoforme que pratique le docteur Bouhant.

M. Meng. — Je recommande comme perforateur l'appareil de Younger qui sert à créer des alvéoles artificiels pour l'implantation des dents.

V. — Des conditions naturelles de résistance du milieu buccal contre les accidents infectieux, par M. Joseph

M. Joseph résume ainsi sa communication, insérée aux *Travaux originaux* [1] : « En étudiant attentivement les conditions de septicité de la cavité buccale, on s'explique difficilement la rareté des phénomènes infectieux survenant à la suite des opérations de la bouche ; les extractions compliquées, les débridements étendus, les plaies suppurantes guérissent dans la cavité buccale bien plus facilement que dans d'autres régions, malgré la difficulté et même l'impossibilité de réaliser une antisepsie rigoureuse et permanente de la bouche. On est ainsi naturellement porté à rechercher la raison de

---

1. L'abondance des matières nous oblige à ajourner au prochain numéro la publication de cet important travail.

ce peu de susceptibilité aux agents microbiens dans les conditions naturelles et organiques du milieu buccal.

Le but de mon travail est de faire ressortir ces conditions spéciales ; elles dépendent, selon moi :

1° De la constitution anatomique du revêtement épithélial de la bouche ;

2° De l'immunité relative acquise des tissus constituant la cavité buccale ;

3° De l'activité fonctionnelle de la bouche ;

4° Du conflit des micro-organismes antagonistes et particulièrement des micro-organismes pathogènes et saprogènes.

5° Des qualités spéciales et microbicides de la salive.

Le travail que je présente n'est que le point de départ d'études et de recherches que je me propose de poursuivre ultérieurement sur ce sujet.

M. le président remercie M. Joseph au nom de la Société et le félicite d'avoir présenté un travail aussi étudié qui témoigne une science approfondie du sujet et sera surtout apprécié à la lecture, car les communications de ce genre exigent une grande attention pour être jugées à leur valeur.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le secrétaire correspondant,
Francis JEAN.

REVUE DE L'ÉTRANGER

LA PULPE DENTAIRE

CONSIDÉRATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Par M. Paolo CARRERAS, de Pise.

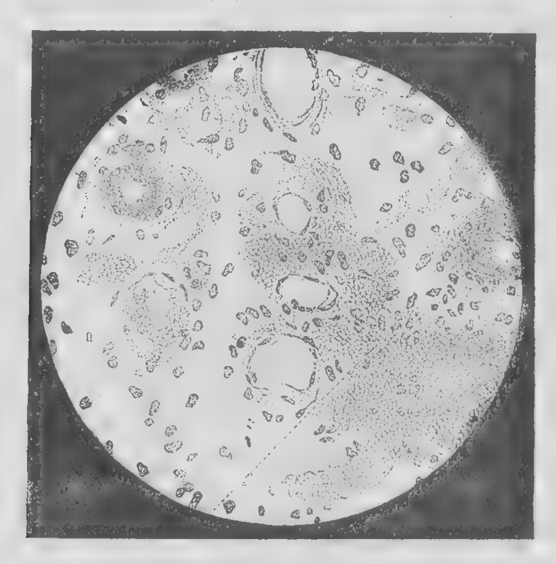
(Suite et fin.)

Ces faits, résultant de l'examen direct d'une pulpe atteinte de pulpite aiguë, expliquent comment cette maladie se détermine toujours quand il existe une carie assez profonde sur la couronne d'une dent. La pulpe sous-jacente étant alors exposée directement ou indirectement à une irritation continue produite par des agents externes, ses tissus s'enflamment, compriment les vaisseaux sanguins et en déterminent la congestion avec ses conséquences.

En fait, l'unique traitement qui agisse promptement et d'une manière absolue sur la pulpite aiguë, c'est l'ouverture de la cavité contenant la pulpe congestionnée, et mieux la puncture de la pulpe elle-même, afin que l'extravasation sanguine ait lieu, après quoi il con-

vient de cautériser à l'acide arsénieux, ainsi que nous le verrons plus loin.

La douleur causée par la pulpite aiguë peut cesser spontanément et d'un moment à l'autre, quand la congestion est arrivée au point



(Fig. 4).

de déterminer la rupture des vaisseaux par épuisement, parce que, l'extravasation sanguine une fois survenue, la compression cesse sur les vaisseaux de la pulpe. Si enfin une pulpe dans cet état est abandonnée à elle-même, elle passe à l'état de suppuration et, par la corruption du périoste interalvéolaire, elle détermine l'abcès dentaire.

La pulpite chronique peut être consécutive à la pulpite aiguë, mais souvent elle se détermine spontanément sur les dents profondément cariées dont la chambre pulpaire est largement ouverte, sans que la pulpe soit soumise à de fortes irritations. Dans ces conditions, quoique la pulpe soit irritée, elle ne court pas risque de congestion, car elle peut librement se dilater par l'ouverture produite dans la cavité qui la contient. Souvent, au point où la pulpe est exposée à l'action des agents externes, elle s'enflamme, mais cette inflammation demeure généralement locale.

En examinant une pulpe enlevée à une dent extraite dans ces conditions, nous trouvons que, au point où elle était couverte, elle présente une couleur rouge vif, parce que ses vaisseaux sont turgides de sang, mais le reste de l'organe est dans des conditions normales.

La pulpite chronique peut donner lieu à un processus de prolifération des tissus de la pulpe ou à sa désorganisation. Dans ce dernier cas, la surface de la pulpe, demeurant exposée à l'action des agents externes, donne lieu à la sécrétion d'un liquide purulent de

consistance séreuse, dont l'abondance varie avec les individus, jusqu'à ce qu'il s'y détermine un véritable ulcère, très douloureux au toucher, qui cause graduellement la désorganisation de l'organe.

La pulpite chronique, dans la plupart des cas, n'occasionne pas de grandes douleurs à la dent qui en est atteinte, si la pulpe n'est pas irritée directement par un corps étranger ; en tout cas, les accès douloureux sont de courte durée. Enfin la pulpe en voie de désorganisation à la suite de pulpite chronique est quelquefois cause de névralgie du trijumeau, dont l'origine n'est pas facile à déterminer, parce que souvent il n'y a pas de douleur sur les dents qui les causent.

Si donc une dent atteinte de pulpite chronique n'est pas obturée comme il convient, de telle façon que le produit de l'ulcération n'ait pas une issue libre, la pulpite aiguë se produit avec ses conséquences, c'est-à-dire inflammation du périoste inter-alvéolaire et abcès dentaire. Dans ce cas, il faut que la dent soit promptement désobturée ; conséquemment, avant d'obturer une dent dont la cavité pulpaire est ouverte, nous devons bien nous assurer que, dans ladite cavité, il n'existe plus trace de pulpe désorganisée ou en voie de désorganisation par une pulpite chronique, si nous ne voulons pas nous exposer aux conséquences susmentionnées.

Quand donc, dans une dent atteinte de pulpite chronique, l'orifice qui sépare la cavité cariée de la cavité de la pulpe n'est pas très large, mais permet à la pulpe de se dilater, si elle est irritée, et d'éviter ainsi une congestion, dans ce cas, comme je l'ai dit, la pulpe passe facilement à travers cet orifice, en donnant naissance à une petite tumeur, qu'on appelle communémennt *polype de la pulpe*, mais qu'on nommerait mieux *granulome*, qui remplit plus ou moins la cavité cariée.

Cette tumeur a une surface granuleuse, de couleur rouge pourpre ; elle est indolore si elle n'est pas irritée par la mastication, dans le cas contraire il se produit de petites hémorragies.

Ces tumeurs sont décrites comme pédonculées et c'est peut-être pour cela que quelques-uns les appellent à tort polypes, tandis que, en réalité, le soi-disant pédoncule, par lequel elles seraient unies à la pulpe sous-jacente, n'est autre chose qu'un étranglement causé par l'étroitesse de l'orifice, au travers duquel la tumeur s'est développée. En dernière analyse, ces tumeurs ne sont pas autre chose qu'une hyperplasie de la pulpe, et si on en examine la structure histologique, on les trouve constituées par du tissu granuleux, très riche en éléments cellulaires, traversé par de très nombreux vaisseaux sanguins (fig. 9). On remarque, en outre, un gonflement et de la prolifération dans les cellules pariétales desdits vaisseaux et surtout de la prolifération endovasale (fig. 9) qui en diminue notablement la clarté et quelquefois la détruit tout à fait (fig. 9). C'est probablement là la raison pour laquelle la surface de ces tumeurs est sujette à une nécrose lente, résultant de l'empêchement de la circulation.

Quelquefois la pulpe dentaire se gangrène graduellement, sans qu'il existe aucune lésion sur la dent qui la contient et sans occasionner de douleur.

Alors la dent perd peu à peu sa couleur et prend une teinte noirâtre. C'est ce qui a fait croire à la possibilité de la carie interne, tandis qu'il ne s'agit que d'une souillure des canaux de l'ivoire produite par la pulpe nécrosée elle-même.

Harris dit que la désorganisation spontanée de la pulpe dépend de causes plutôt générales que locales[1], et n'est pas le résultat de l'inflammation de l'organe, si bien que la pulpe se gangrène sans produire de douleur.

Les cas dans lesquels j'ai observé la gangrène de la pulpe, sans lésion externe des dents qui la contenaient, se réfèrent aux dents qui avaient reçu un choc. J'ai constaté alors que la gangrène était survenue par suite de la rupture des vaisseaux sanguins à l'entrée de l'apex de la racine, de sorte que la pulpe ne recevant plus les éléments nutritifs nécessaires à son existence s'était naturellement gangrenée, comme se gangrène un membre dans lequel, quand on a fait la ligature d'un vaisseau important, la compensation n'est pas survenue par moyen des vaisseaux collatéraux.

Pour en finir avec les altérations auxquelles peut être sujette la pulpe, je parlerai de la dévitalisation produite artificiellement par l'acide arsénieux qu'on emploie en dentisterie quand on veut détruire la pulpe dans une pulpite aiguë, pour pouvoir obturer ensuite la dent qui en est atteinte.

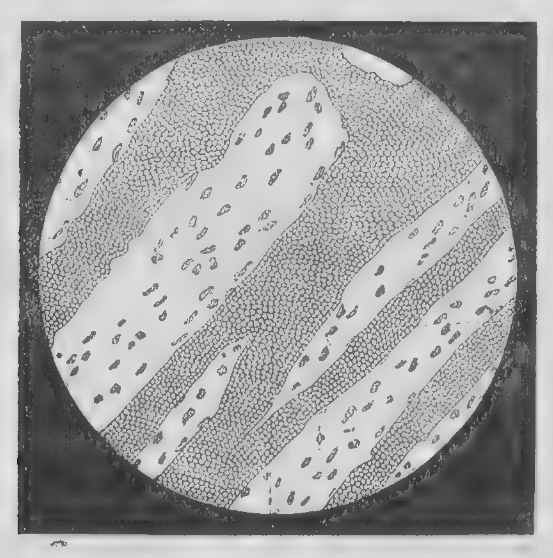


Fig. 5.

Des recherches que j'ai faites il résulte que le premier fait qui se produit en appliquant l'acide arsénieux à proximité ou au contact de la pulpe qu'on veut cautériser est la stase dans les vaisseaux sanguins (v. fig. 5).

1. Harris. *Traité de l'art du dentiste*, 1884, p. 235.

A mesure que l'action du caustique se prolonge, commence la dévitalisation au point où il a été appliqué, tandis qu'autour du tissu dévitalisé on observe un groupement de globules blancs (v. fig. 6). On remarque aussi que les filaments nerveux résistent plus que les

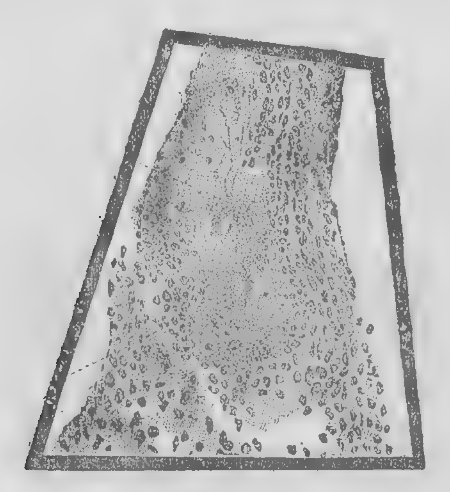


Fig. 6.

autres tissus à l'action du caustique. Si cette action se prolonge encore davantage et si on renouvelle l'application, la dévitalisation s'étend progressivement, déterminant la gangrène totale de toute la pulpe jusqu'au pédoncule.

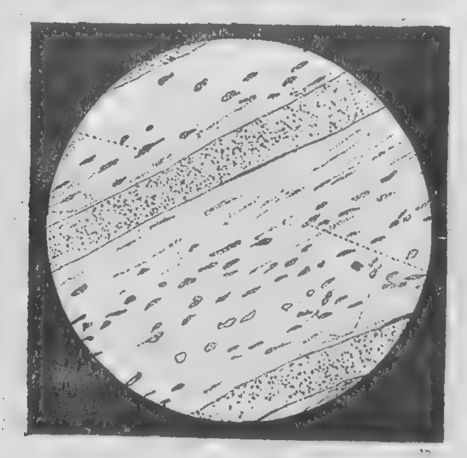


Fig. 7.

Quelqu'un a dit que l'acide arsénieux appliqué sur la pulpe en détermine la momification ; mais des recherches répétées m'ont permis de constater qu'il s'agit de véritable gangrène.

J'ai fait des préparations microscopiques de pulpes momifiées extraites à des dents mortes, dans lesquelles la pulpe n'était pas sujette à une dévitalisation par corruption, parce que, soustraites aux causes qui déterminent celle-ci, elles s'étaient réellemment momifiées ; j'ai fait également des préparations de pulpes exposées à l'action de l'acide arsénieux. J'ai constaté dans les premières que les éléments anatomiques sont contractés par un dessèchement, mais conservent encore leurs caractèrs histologiques (v. fig. 7), tandis que dans les secondes on n'observe plus de vaisseaux sanguins, il n'existe plus trace des éléments anatomiques, qui sont réduits à une masse informe et complètement dévitalisée. On peut donc affirmer que le tissu s'est réellement gangrené (v. fig. 8).

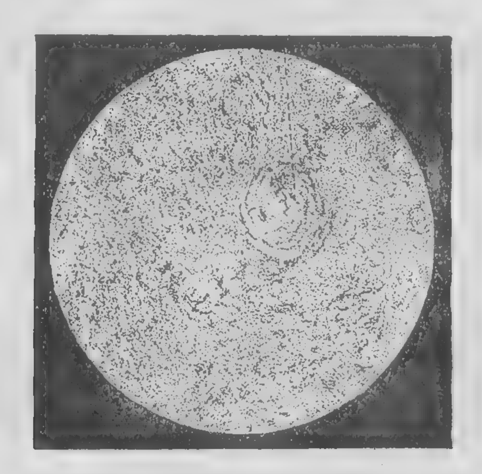


Fig. 8.

En tenant compte de ce qui se produit dans les premiers moments suivant l'application de l'acide arsénieux sur la pulpe cautérisée, on s'explique pourquoi, quand on le fait sans mettre cet organe à nu, on détermine les douleurs atroces caractéristiques de la pulpite aiguë.

Comme on a vu que, par suite de l'application de l'acide arsénieux, il se détermine une stase sanguine, on comprendra facilement comment, si la pulpe n'est pas mise à nu, mais se trouve au contraire renfermée dans sa cavité, elle ne peut librement se dilater, il se détermine de fortes douleurs, comme en cas de pulpite aiguë, par la pression qu'exercent les vaisseaux congestionnés sur les filaments nerveux de la pulpe. Au contraire, si la pulpe est découverte et libre de se dilater, cette pression ne se produit pas. De plus, la rupture des vaisseaux sanguins survenant par la dévitalisation produite par l'action directe du caustique, la stase sanguine cesse promptement quand même elle préexistait et, partant, la compression cessant, la douleur qu'elle détermine cesse de même.

Dans l'ouvrage récent susmentionné, M. Scheff reproduit un pré-

cieux travail de M. Arnim Rothmann, qui donne une nouvelle nomenclature des diverses formes de pulpite, à la suite des altérations histologiques qu'il a rencontrées, et divise cette maladie en pulpite aiguë septique superficielle, pulpite aiguë partielle, pulpite aiguë totale, pulpite partielle purulente, pulpite aiguë traumatique, pulpite chronique parenchymateuse, pulpite chronique totale purulente, pulpite chronique hypertrophique granuleuse, pulpite chronique gangréneuse, gangrène totale de la pulpe.

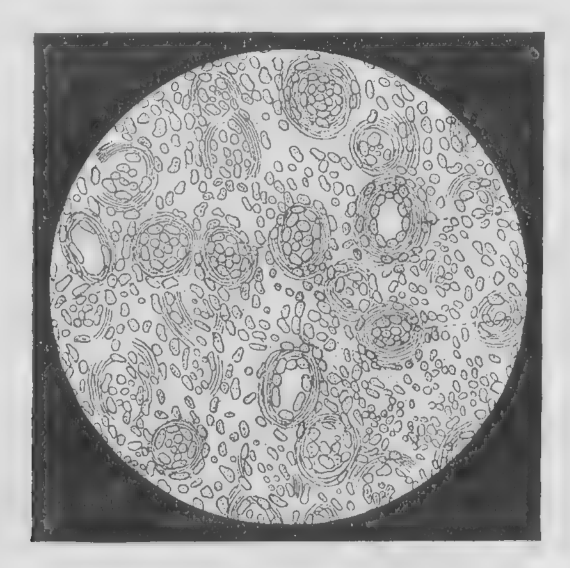


Fig. 9.

L'auteur décrit en détail ces diverses formes et fait preuve en cela de beaucoup de savoir et de pénétration, en tirant des conclusions pratiques des recherches qu'il a faites.

Quant aux formes générales, les résultats de mes recherches concordent avec les observations de M. Rothmann ; quant à ce qu'il dit touchant les abcès et les micro-organismes observés dans la pulpe affectée de certaines variétés de pulpite, pour lesquels il a fait des classifications spéciales, il ne m'est pas arrivé d'observer rien de semblable comme résultat de mes préparations. Je me réserve donc de faire là-dessus des études spéciales, convaincu de l'exactitude des résultats obtenus par cet auteur.

(Il Progresso Dentistico.)

TRAITEMENT DES CANAUX DES RACINES

Par M. L. Davis, de Chicago.

Je suppose certaines conditions dans un cas donné : par exemple, le patient éprouve de l'odontalgie le matin, il a souffert légèrement les jours précédents, mais la douleur a atteint son point culminant pendant la nuit, et les dents sont si douloureuses que la plus légère pression est intolérable. Je trouve, à l'examen, qu'il est nécessaire d'user du foret, alors je lie la dent avec un fil de manière à la tenir solidement daus la direction opposée à la pression du foret. Une fois la chambre pulpaire ouverte et le pus enlevé, je renvoie le patient; le lendemain j'élargis l'ouverture, je nettoie complètement les canaux des racines avec de l'eau azotée et je les traite par l'eucalyptus, je ferme la cavité avec du composé épais de Fowler ou un tampon de coton saturé d'une solution de gutta-percha dans le chloroforme. J'ajoute que, quand je place des médicaments dans une cavité, les deux substances suivantes sont les seules quej'emploie : le coton et la chloro-percha, surtout dans les cavités proximales, quand la dent adjacente a pénétré dans la cavité de celle à traiter, ou quand je veux avoir plus de place. Quatre jours après, un nettoyage semblable et, s'il y a encore émission de pus, je remplace l'eucalyptus par une pâte à l'iodoforme et à l'huile de cannelle et je ferme. Quatre jours plus tard j'obture les racines. S'il y a possibilité de soulagement par l'emploi du bistouri, au lieu de forer immédiatement je m'en sers tout de suite et alors j'ai la condition voulue.

J'entends dire à beaucoup de dentistes qu'ils recourent toujours à la digue pour nettoyer, mais j'imagine que, comme moi, ils rencontrent des cas où ils font exception. Je n'applique pas toujours la digue et je crois qu'elle n'est pas toujours nécessaire, surtout à la première séance, et souvent je traite et j'obture une dent sans m'en servir.

Quand je débarrasse une cavité de ses débris, préalablement au nettoyage de la racine je lave avec de l'eau chaude contenant une solution d'hydronaphtol, pour désinfecter tant la bouche que la cavité. Lorsque l'abcès est chronique et rebelle, j'enlève souvent des granulations malsaines en faisant passer par le canal de la racine et par les ouvertures fistuleuses une solution de cristaux d'iode dans la créosote, en continuant à une séance ultérieure avec quelques médicaments plus doux, surtout l'eucalyptol, en raison de sa grande volatilité.

Je n'obture pas les racines des dents avec des ouvertures fistuleuses à la première séance et je n'emploie pas la pâte à l'iodoforme pour leur traitement à cause de son odeur désagréable qui persiste toujours pour le patient. Je me sers quelquefois d'huile de cassia en alternant avec l'eucalyptol, et plus l'huile est volatile, meilleur est l'effet sur les tissus mous, car, tandis qu'elle produit par son contact une irritation locale, les vapeurs ont un effet calmant.

(Southern Dental Journal.)

MISCELLANEA

I. Ostéome volumineux du frontal. — II. Angine de Ludwig. — III. Epithélioma du maxillaire supérieur.

I. — Ostéome volumineux du frontal

M. Regnier présente à la Société de médecine de Nancy, un premier malade porteur d'un *Ostéome volumineux du frontal.*

C'est un homme de 24 ans, tourneur sur métaux, soldat depuis 31 mois au 3e régiment du génie, sans antécédents héréditaires ni personnels accusés. Cet homme reçut, il y a trois ans, un coup assez violent à la partie externe du rebord frontal de l'orbite droit qui ne laissa pendant longtemps d'autres traces qu'une légère tuméfaction indolore à laquelle le malade ne prêta aucune attention. Sans cause appréciable, la tuméfaction augmenta dans ces derniers temps et détermina l'entrée du sujet à l'hôpital. — On constate actuellement une tumeur de consistance osseuse s'étendant vers la région frontale médiane sans ligne de démarcation bien nette de ce côté. A la partie inférieure elle atteint le rebord orbitaire ; à la partie externe elle fait saillie sur la fosse temporale, mesurant verticalement 4 cent. 1/2 ; 5 cent. 1/2 transversalement. Le sujet a accusé des phénomènes de diplopie. A l'ophtalmoscope, l'œil gauche paraît normal ; à droite, la papille semble allongée transversalement, ses bords sont mal limités et les vaisseaux paraissent plus petits qu'à l'état normal.

M. Regnier croit que l'ostéome dont il s'agit s'est développé aux dépens de la table externe, mais il ne pense pas que le traumatisme seul suffise à expliquer sa production. Le traumatisme a dû réveiller une affection latente et, bien que le malade nie tout antécédent syphilitique et n'ait jamais présenté aucune trace de vérole, on peut penser à une syphilis passée inaperçue ou à une tare syphilitique héréditaire, ignorée du sujet. L'effet du traitement spécifique qui a été institué pourra peut-être permettre de trancher la question.

M. Gross pense comme M. Regnier qu'il s'agit ici d'un ostéome développé à la face externe du frontal, et non d'une périostite hypertrophiante. Il fait seulement remarquer, d'abord, d'une façon générale, que les ostéomes sont rares, ensuite qu'ils peuvent prendre une grande extension soit en dehors soit à l'intérieur de la boîte crânienne, enfin que l'ostéome actuel ne siège pas au lieu d'élection le plus habituel des ostéomes volumineux, c'est-à-dire au niveau des sinus. Si le traitement syphilitique ne donne rien, il émet l'avis qu'il n'y aurait pas d'inconvénient à enlever la partie de la tumeur qui fait saillie.

M. Stœber fait ressortir l'insuffisance des symptômes oculaires présentés par le sujet comme élément de diagnostic.

M. Heydenreich. Il existe trois catégories d'exostoses : les exostoses ostéo-géniques ou de développement, qu'on observe sur les os qui se développent aux dépens d'un cartilage ; les exostoses syphilitiques ; enfin, quoi qu'elles soient très rares, des exostoses d'origine traumatique. M. Heydenreich croit qu'il s'agit chez le malade de M. Regnier d'une exostose traumatique. Il ne pense pas qu'elle ait une origine syphilitique et le siège de la tumeur permet d'éliminer l'idée d'une exostose ostéogénique.

Le traitement spécifique ne produira probablement rien. Quant à l'in-

tervention, il lui paraît qu'elle ne serait indiquée que si l'organe visuel se trouvait compromis.

M. Regnier a eu l'occasion de traiter, il y a deux ans, un ostéome de la région frontale chez un sujet qui niait toute syphilis antérieure. Le traitement spécifique n'en fut pas moins constitué et la tumeur disparut. — Ce résultat l'engage à agir aujourd'hui comme il l'a fait antérieurement, d'autant plus qu'il lui semble qu'une opération ne procurerait pas un bénéfice proportionné à la gravité de l'intervention.

M. Gross. En dehors des catégories d'ostéomes dont a parlé M. Heydenreich, il existe encore à la face des ostéomes ou hyperostoses généralisées des maxillaires supérieurs et inférieurs dont l'étiologie est très obscure. Elles peuvent dépendre d'une cause particulière réelle, mais inconnue qui s'est peut-être ajoutée au traumatisme chez le malade de M. Regnier. — Ce qui permet de soupçonner une cause particulière à ces hyperostoses, c'est leur récidive. De deux tumeurs de ce genre qu'il a eu l'occasion d'opérer, l'une a récidivé. — M. Gross rappelle que les ostéomes des sinus sont souvent d'une excessive dureté. Pour les enlever on est obligé de recourir à la scie et même à des scies actionnées par des moyens mécaniques. On doit donc dans les cas de tumeurs osseuses de la face, à étiologie obscure, s'attendre à des difficultés opératoires et prévoir la possibilité d'une récidive.

M. Bernheim rappelle qu'il existe aussi des hyperostoses consécutives aux périostites plastiques qui se produisent quelquefois à la suite d'une fièvre typhoïde.

(*Gazette des hôpitaux de Toulouse.*)

II. — Angine de Ludwig

M. Delorme a observé 4 malades qui ont présenté un phlegmon sus-hyoïdien spécial à forme particulière et qui constitue une entité clinique ; il ne tient pas, du reste, au nom d'angine de Ludwig, mais il est certain que tous les phlegmons sus-hyoïdiens ne sont pas identiques dans leur marche.

Le premier malade entra à l'hôpital Saint-Martin avec le diagnostic d'angine. M. Delorme constata l'existence d'une tuméfaction de la région sus hyoïdienne qui était d'une dureté ligneuse ; en même temps, la déglutition était très gênée, la parole difficile, la salivation abondante, la température élevée. Entre la gencive et la langue, on voyait une saillie considérable. M. Delorme fit l'incision classique et décolla la face profonde de la glande sous-maxillaire sans trouver de pus. Ce ne fut qu'après avoir passé à travers le mylo-hyoïdien qu'il put donner issue à ce dernier. La cavité de l'abcès était circonscrite par le mylo-hyoïdien, le maxillaire inférieur, la langue et la muqueuse buccale. De l'autre côté, l'abcès était exactement symétrique et dut être évacué de la même façon. Les cavités furent drainées, tous les symptômes s'améliorèrent rapidement et la guérison survint en trois semaines.

L'observation du second malade est analogue à la précédente. Il arriva aussi avec le diagnostic d'angine. Chez lui, le phlegmon semblait avoir débuté au niveau d'une grosse molaire, mais il prit bientôt les caractères de bi-latéralité et de dureté si caractéristiques. Le bourrelet gingivo-lingual proéminait en fer-à-cheval et il fallut encore pénétrer sous le mylo-hyoïdien pour trouver le pus qui occupait deux cavités séparées.

Les deux dernières observations sont identiques.

Ce phlegmon sus-hyoïdien, que l'on pourrait appeler phlegmon sub-

lingual, a souvent un pronostic très grave et il faut intervenir le plus rapidement possible. Ils peuvent se produire à la suite de lésions très minimes de la muqueuse buccale. M. Delorme ne pense pas qu'il faille intervenir par la voie buccale, car les mâchoires sont difficiles à écarter et l'incision peut s'infecter secondairement ; enfin, les injections antiseptiques actives peuvent être dangereuses. L'incision latérale de la région sous-maxillaire est celle de choix.

M. Gérard-Marchand a aussi observé des phlegmons sus-hyoïdiens graves, mais de physionomies variées ; dans un cas, les accidents qui semblaient consécutifs à des altérations dentaires furent caractérisés par de l'œdème diffus, de l'infiltration gazeuse et des phénomènes infectieux qui emportèrent le malade, malgré les incisions qui furent faites profondément ; on isola un microbe anaérobie spécial. Il n'y avait pas d'abcès métastatiques.

D'autres fois, le phlegmon est subaigu ou chronique ; il se produit des fistules, des dénudations du maxillaire ; quelquefois on est forcé de recourir à la résection partielle de l'os. L'infection par la voie gingivale est très souvent l'origine des accidents.

L'évolution de ces phlegmons chroniques peut marquer la production d'un épithélioma.

M. Auffret a observé un assez grand nombre d'abcès profonds du cou ; il n'a jamais eu de morts.

(*L'Union Médicale.*)

III. — Epithélioma du maxillaire supérieur

La pièce que j'ai l'honneur de vous présenter provient du malade nommé Imbert Antoine, âgé de 58 ans, épicier, opéré par mon chef de service, M. le Dr Poucel, d'une tumeur maligne du maxillaire supérieur droit.

Dans les antécédents personnels et héréditaires du patient, nous ne relevons rien d'important à signaler, excepté certains troubles du côté de l'appareil dentaire. Il y a vingt ans, il s'est fait arracher plusieurs dents en commençant par la première incisive droite, pour une névralgie violente irradiée vers les régions temporale et massétérine. A Marseille, un dentiste, pendant six mois, a cautérisé des bourgeons charnus occupant les alvéoles vides et électrisé le côté droit de la face. A défaut d'amélioration, le malade subit une première intervention chirurgicale en novembre de l'année dernière. On a gratté tous les bourgeons exubérants. La guérison apparente ne dure pas longtemps ; les fongosités se reforment et la voûte palatine commence à se perforer. C'est dans cet état qu'il est entré à la Conception.

A son examen, nous avons constaté certaines déformations importantes à noter. La fosse canine paraît remplie ; l'aile droite du nez est rejetée en dehors par des bourgeons charnus qui remplissent la narine droite ; l'œil droit est plus grandement ouvert ; la joue droite est plus maigre ; la commissure droite est plus abaissée comparativement aux parties similaires du côté opposé. Dans la bouche, plusieurs dents manquent au haut et en bas et de chaque côté ; celles du côté droit sont noircies. L'arcade alvéolaire supérieure présente une perte de substance dans la partie intérieure de la moitié droite, ulcération bourgeonnante rosée, molaire couverte de pus et saignant facilement. La voûte palatine est ulcérée dans sa moitié droite.

A la palpation, on ne provoque aucune sensation douloureuse au niveau des tissus pathologiques, ni au niveau des tissus environnants ;

d'ailleurs, le malade ne souffre plus depuis longtemps. La cavité orbitaire est intacte. La compression du nerf sous-orbitaire ne provoque aucune sensation douloureuse.

Dans les régions sus-hyoïdiennes latérales on constate la présence de quelques sanglions volumineux comme des noisettes.

Les troubles fonctionnels consistent en : salivation modérée, un peu de difficulté dans les actes de la parole et de la mastication.

Le diagnostic de l'affection n'était pas malaisé. Il s'agissait d'une tumeur maligne localisée à l'apophyse alvéolaire du maxillaire supérieur droit. Le malade fut opéré par mon éminent chef de service, M. le Dr Poucel, qui lui pratiqua, le 7 janvier, la résection du maxillaire supérieur droit. Les suites opératoires, excepté une hémorragie secondaire assez abondante au septième jour et une légère élévation de la température qui n'a duré que trois jours, n'ont présenté rien de fâcheux à signaler. La cicatrisation a marché rapidement et l'opéré est sorti vers la fin du mois de janvier.

L'examen du maxillaire réséqué montre que le néoplasme est localisé dans la partie antérieure du corps de cet os ; la paroi alvéolaire, la voûte palatine, la paroi interne du sinus maxillaire et la paroi interne de la narine droite, rongés, sont traversés par des prolongements du tissu pathologique. A l'examen microscopique de la tumeur durcie dans l'alcool et la gomme arabique et colorée avec du picro-carmin, nous avons constaté la structure caractérisque des épithélioma tubulés.

(*Marseille-Médical.*)

BIBLIOGRAPHIE

Par M. Bonnard.

Des fractures du maxillaire inférieur sur la ligne médiane.

Thèse de Montpellier. S. Araousos, 1892.

I

C'est par la définition et l'histoire de la question que débute cette thèse.

D'après l'auteur, cette variété serait caractérisée anatomiquement par le siège du trait de fracture

« dont l'extrémité supérieure correspond à l'intervalle compris entre les deux incisives médianes, l'extrémité supérieure devant se trouver dans l'interstice musculaire des muscles digastriques, gemo-glosses, génio-hyoïdiens, au niveau du raphe-médian du milo-hyoïdien. »

Dans ces conditions la direction de la solution de continuité serait toujours verticale. Mais en pratique, il est à peu près impossible de contrôler le dernier de ces deux faits, c'est-à-dire de reconnaître si le trait de fracture passe exactement entre les deux apophyses géni.

Hippocrate avait reconnu et fixé cette variété de fracture ainsi que Callisen qui les précise comme suit :

« *Vel in media parte ossis fractura adesse potest...* » et plus loin : « *Symphisis maxillaris ne infantibus ab injuria quadam externa soluta...* »

Sainson en accepte aussi l'existence.

Il n'y a que Bayer, dans son *Traité des maladies chirurgicales*, qui les désavoue et conteste même la possibilité de leur production :

« Jamais, dit-il, la fracture n'a lieu dans le point central de l'os appelé symphise mentonnière. Mais quand la solution de continuité a lieu vers la partie moyenne de l'os, c'est sur l'un ou l'autre côté de cette symphise, laquelle reste toujours sur l'un des fragments. »

La thèse de M. Cluseau [1] relate les observations cliniques les plus anciennes et les plus remarquables. Quant à la preuve anatomique du fait, c'est à Cloquet que nous la devons. A partir de ce moment (1827), les relations de cas se multiplient au point que Gillette, dans le *Dictionnaire Encyclopédique*, a pu en réunir 22 cas.

L'auteur nous propose ensuite la classification ci-dessous des fractures du maxillaire inférieur.

Celles qui font l'objet de sa thèse y figurent au premier rang : uniques, complètes, du corps, verticales.

A. Fractures uniques

I *Complètes*	*a*) du corps (verticales ou obliques)	1. De la symphise. 2. Des parties latérales.
	b) des branches	1. De la branche montante. 2. Des condyles. 3. De l'apophyse coronoïde.
II *Incomplètes* (fêlures ou éclatement)	*a*) De la table interne. *b*) De la table externe.	
III *Partielles*	Fractures de l'alvéole et autres.	

B. Fractures multiples

1° Fractures doubles des parties latérales du corps de l'os avec isolement de la symphise.

2° Fractures du corps et des branches à la fois.

II

L'étiologie de cette question, d'après l'étude qu'en a faite l'auteur, lui permet de dire que :

« Les fractures sur la ligne médiane sont en général le fait d'un trau-

1. *De quelques fractures rares du maxillaire inférieur*. (Thèse de Paris, 1865.)

matisme très violent et qu'elles se présentent rarement isolées, leur existence coïncidant le plus souvent avec celle de fractures d'autres os de la face ou des membres. »

Les femmes, en raison de ce fait que les professions pénibles et dangereuses ne leur sont pas dévolues, n'y sont pas exposées. On n'en relate aucun cas concernant ce sexe.

Les enfants, pour la même raison, ne fournissent aucun chiffre aux statistiques consultées et publiées par l'auteur. Un seul sujet, le plus jeune, avait plus de dix ans ; l'âge moyen des autres était de trente-deux ans.

III

Au point de vue symptomatologique, l'auteur signale en première ligne

« le peu d'importance sinon l'absence générale du déplacement »

des fragments. En deuxième lieu, la douleur accusée par le malade

« est moindre que dans les cas de fracture ordinaires ».

Cela s'explique par le peu d'importance du déplacement, les tiraillements nerveux étant insignifiants en raison du rapprochement des deux parties de l'os fracturé.

La douleur, réveillée par tous les mouvements de la mâchoire, se manifeste à la pression au niveau du menton et sur un point quelconque du maxillaire inférieur ; elle ne persiste guère.

La mastication, la déglutition, la phonation sont moins atteintes que dans les fractures du maxillaire inférieur en général.

La salivation serait moins abondante que dans les autres fractures ordinaires du même os.

Quant au déplacement, il est nul ou du moins insignifiant. A ce propos Cluseau [1] s'exprime comme suit :

« Les déplacements sont très rares : ils consistent en un simple écartement des deux fragments qui disparaît même quand on fait ouvrir la bouche au malade ; et encore il faut que le périoste soit en partie détruit. »

On peut toutefois noter un léger déplacement suivant la hauteur ; les incisives centrales ne sont plus alors sur le même plan horizontal.

Les déplacements suivant l'épaisseur sont excessivement rares, exceptionnels même.

De toutes ces particularités relatives au peu de déplacement des fragments, c'est au périoste qu'il faut en attribuer la cause. Généralement, il est conservé et par suite

« s'oppose d'une façon incontestable au déplacement des fragments ».

Un symptôme important classique, signalé pour la première fois

1. *Loc. cit.*

par Beclard d'Angers, c'est la *mobilité anormale*. Elle est généralement extrême mais seulement dans le sens de la hauteur.

Cela s'explique par le fait que ces fractures sont toujours complètes et que les fragments ne présentent pas de biseau. Toutefois dans les cas où le périoste est conservé, cette mobilité diminue sensiblement. Charvet a relaté une observation où elle était nulle.

La crépitation est moins marquée que dans toute autre fracture.

La tuméfaction et la déformation sont peu accusées; enfin les plaies gingivales sont de même fréquence que dans toute autre fracture du maxillaire inférieur et souvent la lèvre inférieure présente une solution de continuité.

Cette variété de fractures ne serait jamais incomplète et l'on aurait observé un seul cas où elle aurait été comminutive (Farabeuf). Les complications, assez rares et banales, procèdent généralement de la plaie gingivale.

IV

Le diagnostic se dégage facilement de ce qui précède.

Le pronostic est bénin. La durée du traitement est d'un mois environ, à moins que des complications ne surviennent ou qu'il ne se soit produit en même temps d'autres fractures dont le maxillaire inférieur ou d'autres os de la face sont le siège.

La guérison s'obtient souvent sans le secours d'aucun appareil, surtout si le périoste est conservé : telle est la règle. Mais on aura parfois à combattre l'action musculaire qui s'oppose à la réduction et au maintien de la coaptation des fragments ! C'est ici que les appareils s'imposent. Quant à la suture métallique, elle ne sera appliquée que dans les cas où les dents ne sont pas trop ébranlées.

Sans proscrire l'emploi des appareils de Morel-Lavallée, Nouzelot, etc., l'auteur accorde la préférence à celui de Dubreuil, dont le but est « de tenir en contact les fragments par pression latérale dans les branches du maxillaire ».

V

Cette thèse s'appuie sur douze observations cliniques dont l'une est personnelle à l'auteur. Elles ont été recueillies dans la littérature chirurgicale française exclusivement. Elles fournissent amplement les éléments nécessaires pour appuyer les conclusions terminant ce travail et que voici :

I. Les fractures du maxillaire inférieur sur la ligne médiane constituent une variété très rare de fracture.

II. Elles accompagnent généralement des traumatismes intenses et des fractures d'autres os du squelette.

III. Elles sont caractérisées cliniquement par deux symptômes principaux : un déplacement très faible des fragments et une mobilité anormale souvent excessive.

IV. Au point de vue thérapeutique, elles sont justiciables des mêmes méthodes de traitement que les fractures ordinaires du maxillaire inférieur.

Cette thèse, en somme, nous donne une idée très exacte de l'état actuel de cette intéressante question et fait honneur à la science française qui en a fourni tous les éléments.

NOUVELLES

A la suite du concours qui a eu lieu le 9 octobre à l'Ecole dentaire de Paris pour les postes de professeur suppléant, MM. Martinier, Touchard et Bonnard ont été nommés professeurs suppléants de clinique, M. Barrié professeur suppléant de dentisterie opératoire et M. Sauvez professeur suppléant d'anatomie dentaire.

LE CONGRÈS DENTAIRE DE CHICAGO EN 1893

A l'instar de ce qui se passa à Paris en 1889, il sera organisé à Chicago, pendant toute la durée de l'Exposition, une série de congrès et de conférences embrassant toutes les branches des connaissances et de l'activité humaines. Il a été créé, à cet effet, par la Direction générale de l'Exposition un *Comité auxiliaire des congrès universels*, qui est reconnu et appuyé par le gouvernement des Etats-Unis. Ce comité en a nommé une série d'autres représentant ces diverses branches et notamment un pour la dentisterie, le *Comité des congrès dentaires*. De leur côté, les dentistes américains ont formé, comme on sait, un *Comité général exécutif* dans le même but. Le rôle de ces deux comités sera de collaborer ensemble et de publier de temps en temps des indications sur la marche de l'organisation de ce congrès, en suivant les règles adoptées pour les autres.

Ces grandes assises de la dentisterie se tiendront dans le Palais des Arts, en construction sur les bords du lac Michigan, au centre de la ville. Ce bâtiment, qui servira à tous les congrès, contient deux grandes salles de réunion de 3000 sièges chacune et de nombreuses salles plus petites pour les sections et les commissions des congrès.

Pendant la durée du congrès dentaire des réunions populaires, auxquelles le public sera admis, auront lieu le soir. Il y sera fait des conférences d'instruction, appuyées de présentations, par les hommes les plus éminents de la profession, sur des sujets d'une importance capitale pour le public. Ces réunions seront placées spécialement sous la direction du comité auxiliaire. Dès que les commissaires du congrès dentaire auront donné leur avis, il sera dressé et publié un programme.

On a essayé d'établir une connexité entre ce congrès et les autres de la section de la médecine, mais cette tentative etant demeurée infructueuse il a été pris des dispositions pour que le congrès dentaire se tienne vers le 17 août et dure pendant 7 ou 10 jours. La date définitive et les détails seront donnés dans le programme.

Les communications relatives aux travaux spéciaux du congrès doivent être adressées au Dr A. O, Hunt, secrétaire du congrès dentaire de l'Exposition Universelle de Chicago, Iowa City (Iowa), Etats-Unis. Celles relatives aux travaux généraux du comité auxiliaire des congrès universels au président de ce dernier, le Dr John S. Marshall, 34, Washington Street, Chicago, Illinois

Le comité des essais (n° 17) du congrès dentaire universel, chargé par le comité général exécutif de provoquer des travaux rentrant dans la section de chirurgie dentaire et buccale, adresse un appel à toute la profession pour l'engager à préparer des communications. Celles-ci devront lui être soumises trois mois au moins avant le 17 août 1893 et adressées au président, le Dr Edward C. Kirk, Lock Box, 1615, Philadelphie, Pennsylvanie. Les auteurs des travaux acceptés en seront immédiatement avisés.

Les renseignements relatifs au prix spécial pour les études sur l'hygiène de la bouche sont fournis par le Dr Théodore Stanley, Kansas City, Missouri.

CONGRÈS DES SCIENCES MÉDICALES DE ROME EN 1893

Nous avons annoncé que le comité central du Congrès a décidé la création d'une section d'Odontologie (section XIII). Le comité directeur de la dite section est composé de :

MM. Campani.
Camusso.
Carreras.
Cianchi.
Coulliaux.
Garelli.
Giuria.
Maccabruni.
Martini.
Platschick.

Il publiera en temps opportun les conditions d'admission des dentistes.

Le droit d'admission est fixé à 25 francs, comportant le compte-rendu du congrès en 5 volumes.

Le Congrès se tiendra du 24 septembre au 1er octobre.

Toutes les communications doivent être adressées au secrétariat général, clinique médicale, hôpital de Pammatone, à Gênes.

Le 13 novembre, le *Petit Journal* a publié ce qui suit, en première page :

L'Ecole dentaire de la rue Rochechouart donnait hier soir sa fête annuelle pour solenniser la réouverture de ses cours.

L'Ecole est aujourd'hui reconnue d'utilité publique et c'est un résultat qui, tout en lui permettant de se développer, est justifié par les services qu'elle a rendus et qu'elle rend encore tous les jours. Il est regrettable toutefois que la scission qui s'est produite dans le Conseil d'administration à la suite de la discussion de la loi sur la médecine se soit encore aggravée par des dissentiments intérieurs.

Ceux qui, depuis le début, s'intéressent aux progrès de l'Ecole n'ont pu s'empêcher de déplorer hier soir, maintenant que l'enseignement odontologique est bien vivant, l'absence *d'éminents praticiens* comme MM. Blocman, Godon et autres, qui furent les *dévoués professeurs* de la première heure.

La fête d'hier a été, comme toujours, très réussie, et les invités ont fort goûté l'allocution du directeur, M. Lecaudey, la conférence du docteur Isch-Wall et le rapport du Secrétaire général, M. Tusseau.

Nous ne pouvons nous empêcher de rappeler que MM. Godon et Blocman se sont toujours posés en censeurs sevères vis-à-vis de ceux de nos confrères dont les journaux eurent l'occasion de citer les noms.

Ces deux ÉMINENTS PRATICIENS, dévoués professeurs, seraient-ils encore ennemis acharnés de la réclame...... pour les autres???

VOL. 12. Paris, Décembre 1892 N° 12.

TRAVAUX ORIGINAUX

DES CONDITIONS NATURELLES DE RÉSISTANCE DU MILIEU BUCCAL CONTRE LES ACCIDENTS INFECTIEUX

Par M. JOSEPH.

Dans une de mes communications précédentes[1], nous avons, M. Viau et moi, exprimé une idée, qui, ce me semble, passa inaperçue, malgré son intérêt réel. Je veux parler *des conditions spéciales de résistance du milieu buccal contre l'influence des agents septiques.* Si quelques auteurs ont été frappés de la facilité avec laquelle s'effectue la guérison des plaies dans la cavité buccale, ils n'ont pas su, à notre avis, donner une explication satisfaisante de ce phénomène important; ce sujet n'a, d'ailleurs, jamais été envisagé à notre point de vue, ni traité d'une façon quelque peu complète. En dehors de 2 ou 3 auteurs qui ont consacré à la question une mention de quelques mots, non seulement aucune tentative n'a été faite pour éclaircir ce point de résistance organique de notre économie, mais, encore on s'est efforcé systématiquement, à dessein, et, il faut dire, non sans raison, de s'éloigner d'une semblable idée.

Nous disons bien *non sans raison*, parce que, en vérité, on ne saurait trop exagérer la gravité et l'imprévoyance des complications d'une infection possible.

A cet égard, nous, dentistes, nous étions trop souvent incriminés; trop souvent nous étions accusés d'être en quelque sorte les agents de transmission des germes infectieux. Les conséquences de pareilles exagérations n'ont pas été bien fâcheuses; les dentistes ont compris l'importance, la nécessité impérieuse de précautions de propreté minutieuse, d'antisepsie. En ne considérant que le résultat final, les exagérations des attaques formulées contre nous ont été des plus bienfaisantes.

A l'heure présente, grâce à l'enseignement scientifique que nous possédons dans nos écoles professionnelles, nous sommes loin de l'empirisme, de l'ignorance aveugle. Plus que tout autre, mieux que les médecins, nous connaissons, en ce qui concerne la bouche, la valeur et la nature de nos moyens prophylactiques, thérapeutiques et chirurgicaux; nous agissons en pleine connaissance de notre pouvoir, en pleine connaissance de la résistanee à vaincre; nous pouvons raisonner, discuter, faire la critique.

1. M. Joseph. La phagocytose, *Odontologie*, avril 1892.

L'étude que je me propose de faire et que j'ai pu terminer, grâce aux bons conseils et à l'encouragement de mon cher maître et ami M. Viau, ne pourrait, en aucune façon, atteindre l'enseignement classique des principes de l'antisepsie. Bien au contraire, ce serait, à notre avis, le véritable idéal du dentiste que de pouvoir assurer une antisepsie rigoureuse et permanente de la bouche et, quoique nous sachions combien nous sommes loin de la réalisation de cet idéal, il n'en est pas moins de notre devoir intime de concentrer tous nos efforts pour en approcher le plus près possible. Je désire tout simplement présenter quelques considérations relatives à certains points de pathologie buccale de nature infectieuse.

A la vérité, la possibilité de l'inoculation dans la cavité buccale ne peut être discutée par un esprit quelque peu sérieux ; il n'en est pas moins vrai que la facilité de réalisation d'un accident de cette nature, ainsi que la fréquence des complications, a été de beaucoup exagérée. C'est là un des multiples enseignements que la clinique nous impose en dehors de l'expérimentation, en dehors de l'anatomie pathologique.

Entrons dans le domaine des faits et mettons en parallèle les données de la grande chirurgie et celles de notre chirurgie buccale. Quelle différence essentielle, non pas au point de vue des procédés et des difficultés opératoires (choses à part), mais au point de vue des phénomènes post-opératoires ! Sait-on à quels accidents fâcheux, à quelles conséquences graves sont condamnés les malades dont les opérations ont été exécutées dans des conditions insuffisantes d'antisepsie, et cela non point comme résultat d'une négligence inexcusable de la part de l'opérateur, mais en s'écartant même légèrement des principes rigoureux de Lister! Non seulement pendant l'opération tout ce qui touche à la région opérée doit être indemne des germes infectieux, mais, l'opération une fois terminée, les soins consécutifs sont de première et de la plus haute importance, si l'on ne veut pas voir survenir des complications de nature à compromettre l'intervention chirurgicale.

En est-il de même dans la cavité buccale?... Evidemment non, puisque l'application dans la cavité buccale de l'antisepsie réelle, rigoureuse, telle qu'on la conçoit dans la grande chirurgie, telle qu'on doit la concevoir, est, nous sommes obligé de le dire, matériellement impossible. L'antisepsie de la bouche n'est, en vérité, qu'une douce illusion, un grand mot masquant la réalité absente.

Et cependant que voyons-nous? Malgré l'absence, l'impossibilité d'une antisepsie réelle, malgré parfois l'absence de la simple propreté (comme cela a lieu dans des bouches fort sales) après l'opération, les phénomènes infectieux éclatent exceptionnellement ; et si l'opération a été exécutée d'une façon complète, si la cause primitive des désordres a été entièrement éliminée, les quelques symptômes inflammatoires survenant comme conséquence naturelle, logique de notre intervention opératoire, s'atténuent progressivement pour disparaître complètement peu de jours après.

Où réside la cause de cette différence radicale? Quelles sont les

conditions organiques locales protégeant le milieu buccal contre l'évolution des phénomènes septiques?

La raison de ce peu de susceptibilité, de cette tolérance merveilleuse du milieu buccal envers les influences des agents microbiens réside, selon moi, dans des conditions naturelles variables tenant :

1° A la constitution anatomique du revêtement épithélial de la bouche ;

2° A l'immunité relative acquise des tissus constituant la cavité buccale ;

3° A l'activité fonctionnelle régulière des organes de la bouche ;

4° Au conflit des microorganismes antagonistes et particulièrement à la lutte entre les microorganismes pathogènes et saprogènes ;

5° Aux qualités spéciales et microbicides de la salive.

Ces conditions, nous allons les étudier respectivement.

1. *Constitution anatomique du revêtement épithélial de la bouche.*

La cavité buccale représente cette partie du laboratoire de physiologie humaine où les substances destinées à la nutrition de l'économie subissent la première élaboration. C'est là que les aliments éprouvent les mutations préparatoires avant d'être introduits dans la cavité stomacale, avant d'être soumis à l'action chimique du suc gastrique. Ces mutations, dont, nous, dentistes, nous n'ignorons pas l'importance, sont, pour la plupart, le résultat d'un processus essentiellement mécanique, la mastication, acte complexe dans lequel les dents, la langue, les joues et les lèvres apportent un concours actif et important. Les muqueuses génienne, labiale, linguale et gingivale, doivent pouvoir supporter un effort mécanique considérable, jouir d'une résistance physique élevée, dont le degré augmente graduellement en raison de l'exercice régulier qu'assure la mastication.

Cette résistance, nous la retrouvons, en outre, à un degré bien marqué dans le revêtement externe des muqueuses de la bouche, représenté par un *épithélium pavimenteux stratifié*. Ce revêtement est, ainsi que son nom l'indique, constitué par un nombre plus ou moins grand de couches superposées de plaques cellulaires ; il atteint dans la cavité buccale son maximum d'épaisseur et procure dans des conditions normales une surface de protection efficace.

Aussi, c'est vraisemblablement grâce à cette constitution anatomique de son revêtement épithélial que les muqueuses de la bouche, tout en jouissant de facultés gustatives exquises, sont peu susceptibles d'absorption vis-à-vis des microorganismes.

Les recherches expérimentales paraissent justifier cette manière de voir. M. Otto Roth [1], dans ses études sur le pouvoir de perméabilité de la peau et des muqueuses vis-à-vis de certains microbes, a démontré que les muqueuses de la bouche ne se laissent pas traverser par les bactéries ; il en est tout différemment pour la muqueuse nasale

1. Ueber das Verhalten der Schleimhaute und der ausseren Haut in Bezug auf ihre Durchlässigkeit für Bacterien. Zeitschrift f. Hygiène. Ber. 4. 1888.

qui est, au contraire, perméable par les mêmes espèces microbiennes. Les bactéries dont il s'est particulièrement servi dans les expériences ont été les bacilles de la diphtérie intestinale du lapin, le bacille de la septicémie de la souris et le bacille du charbon.

D'autre part, M. le professeur Cornil[1] a réussi à produire expérimentalement les lésions tuberculeuses de la muqueuse gingivale par le simple contact de celle-ci avec une culture de bacilles de Koch, alors que, dans la cavité buccale, les résultats des expériences analogues n'ont pas été positives. Une solution de continuité, une érosion, une desquamation plus ou moins profonde, plus ou moins persistante semblent nécessaires pour donner lieu à des phénomènes infectieux.

Que le revêtement épithélial de la bouche, lorsqu'il est à l'état normal, exerce bien réellement une action protectrice efficace contre l'élément septique, on peut s'en assurer, en tenant compte de la conception actuelle, tendant, à bon droit, à se généraliser, sur la pathogénie des stomatites. Ainsi, dans la stomatite mercurielle, par exemple, l'action primitive du produit toxique, éliminé avec la salive, se limiterait aux modifications histologiques de l'épithélium buccal; celui-ci altéré dans sa constitution, dans ses fonctions élémentaires, dégénère, perd sa puissance normale de régénération, se desquame et expose la couche sous-jacente de la muqueuse, laquelle, mise en contact avec les microorganismes de la bouche, devient le siège d'un processus inflammatoire.

Le mal toxique dans ses origines devient infectieux à cause de l'altération de l'épithélium buccal.

2. *Immunité relative acquise des tissus constituant la cavité buccale.* L'importance de ce phénomène dans la cavité buccale n'a été signalée par personne.

Quand je dis immunité, je n'entends point par là la faculté naturelle et transmissible de certains organismes de rester réfractaires aux influences d'un agent septique déterminé, mais bien l'immunité *acquise*, résistance organique aux agents microbiens, susceptible d'être réalisée expérimentalement à l'aide des vaccinations et telle que la confèrent certaines maladies infectieuses qui atteignent notre économie.

Il existe, comme vous le savez, trois hypothèses relatives à cette question.

Les anciennes théories — celle de Chauveau, qui veut que la présence des microorganismes pathogènes amène la production d'une substance qui crée un milieu réfractaire au développement de ces microbes; celle de Pasteur, où la théorie de l'épuisement est basée sur ce fait que, lorsque dans un bouillon de culture on a obtenu un développement des microorganismes, ce bouillon est inapte à fournir d'autres cultures, — sont reconnues insuffisantes; la théorie humorale, basée sur le pouvoir bactéricide des humeurs organiques, et celle de

1. Congrès pour l'étude de la tuberculose, 1888.

Metschnikoff, basée sur la théorie de la phagocytose, dont j'ai déjà eu l'honneur de vous entretenir, sont les seules en discussion.

Malgré les travaux remarquables auxquels a donné lieu la théorie humorale de l'immunité en France et surtout en Allemagne, la théorie cellulaire de Metschnikoff est presque généralement admise, et, en vérité, elle donne une explication plus satisfaisante, plus naturelle de cet important phénomène.

Ce n'est ni le lieu, ni le moment de s'étendre sur cette dernière théorie de l'immunité. Je ne vous parlerai que d'une expérience qui, dans la circonstance, m'intéresse particulièrement.

Ce savant bactériologue a prouvé que l'immunité d'un individu susceptible d'un agent septique déterminé peut être obtenue à l'aide d'injections dans l'organisme des cultures de cet agent en quantité successivement croissante. En commençant par des injections de quantités minimes de liquide septique et en augmentant graduellement la dose, on pourrait arriver à faire supporter à l'animal des doses qui, sans cette préparation progressive, produiraient des effets fatals. Cette immunité acquise pour le poison septique, si analogue aux effets produits par des poisons chimiques, mais dont, toutefois, nous devons bien la distinguer, serait le résultat de la résistance plus grande, plus élevée qu'à l'ordinaire des cellules phagocytes.

Dans la cavité buccale cette expérience de la vaccination se réalise, pour ainsi dire, naturellement.

Nous avons dit que le revêtement épithélial de la muqueuse buccale, grâce à sa structure histologique, constitue, lorsqu'il est à l'état normal, un élément puissant de protection. Mais l'intégrité de ce revêtement est loin d'être toujours parfaite ; bien au contraire, il est souvent le siège de lésions plus ou moins étendues, exposant ainsi la couche superficielle du derme aux influences de l'extérieur.

Quelles doivent être les conséquences de ces altérations multiples, dont la production s'explique par les fonctions mêmes de la cavité buccale ?

Lorsqu'une solution de continuité de l'épithélium buccal se produit, les microorganismes de la bouche se précipitent naturellement vers la partie exposée ; mais n'étant ni trop nombreux ni de la même espèce, ils périssent rapidement, à cause de leur antagonisme individuel, mais surtout à cause de l'opposition qu'ils rencontrent du côté des cellules vivantes qui les englobent et les transforment en granulations inoffensives.

En raison de la facilité avec laquelle se produisent les lésions de la muqueuse buccale, les luttes entre la cellule attaquée et l'envahisseur doivent être fréquentes. Or dans cette fréquence même du conflit de deux éléments — cellule et microbe — réside, selon moi, la raison de l'immunité relative acquise du milieu buccal.

On a, en effet, observé que, dans les régions exposées fréquemment aux influences des bactéries, l'activité cellulaire de tissu dans leur lutte contre les microbes est sensiblement plus grande. Il y a plus : « Des amas phagocytaires, dit Metschnikoff, s'accumulent dans les endroits les plus exposés à l'agression des microbes, comme dans la

cavité buccale, où nous trouvons les tonsilles ; il se produit à travers ces organes une migration continuelle des phagocytes qui s'opposent à l'invasion incessante des microbes qu'ils dévorent en quantité. »

3. *L'activité fonctionnelle régulière des organes de la bouche.*

Une condition première de la vie, du développement et du fonctionnement normal de nos organes réside dans leur activité régulière. L'accomplissement simple des fonctions naturelles suffit presque toujours pour assurer cette condition initiale. Mais, dans la circonstance, comme dans bien d'autres, l'activité fonctionnelle constitue encore un élément de protection de ces organes contre l'influence des produits septiques.

Pour nous, dentistes, cela est élémentaire. La mastication, l'attrition alimentaire, ne sont-elles pas des conditions effectivement importantes de l'intégrité et de la conservation de l'appareil dentaire ? La suspension des fonctions masticatoires, l'immobilité de la cavité buccale ne sont-elles pas des causes efficientes des maladies des gencives, des caries multiples et à marche si envahissante ?

Imaginez-vous une bouche réduite à l'inaction absolue durant 24 ou 48 heures seulement. Que va-t-il se produire ? Les déchets organiques de la desquamation épithéliale, les restes des substances alimentaires séjournant là d'une façon continue, n'éprouvant pas l'influence de cette sorte de ventilation physiologique vivifiante, que la salive incessamment éliminée et déglutie, que la mastication normale assurent à la bouche, finiraient par subir les phénomènes de la fermentation, donneraient naissance à des produits manifestement nocifs qui modifieraient les qualités normales de la muqueuse bucco-linguale : la régénération de l'épithélium serait arrêté, et nous assisterions à l'évolution des phénomènes de la stomatite infectieuse généralisée.

Le mécanisme pathogénique du processus infectieux dans ce cas particulier est en tout point semblable à ce que M. le professeur Guyon nous apprend de la pathogénie des accidents infectieux de la vessie. En dehors du traumatisme, de la congestion de la muqueuse, qui, surajoutés à l'action des microorganismes, constituent les causes habituelles des cystites, la rétention prolongée de l'urine suffit, à elle seule, à produire des processus morbides analogues. Ici, comme dans la cavité buccale, l'urine retenue outre mesure dans la vessie, éprouve dans sa composition des transformations chimiques dont les produits nuisent à l'intégrité de la muqueuse ; celle-ci altérée, ramollie, présente une porte d'entrée facile à la pénétration des microorganismes dans nos milieux internes.

4. *J'arrive au conflit des microorganismes antagonistes et particulièrement à la lutte des microorganismes pathogènes et saprogènes.*

Lorsque Miller, de Berlin, fit connaître qu'il avait rencontré dans la bouche près de 100 espèces microbiennes, on lui objecta que cette constatation résultait du manque des précautions indispensables dans les recherches de cette nature, qu'elle était due à la présence dans

la bouche, à l'état normal, d'un grand nombre de microorganismes qui y sont éventuellement introduits, que la plupart de ces espèces ne sont point spéciales à la cavité buccale et que Vignal, en s'entourant de précautions autrement minutieuses, n'en a décrit que 17 espèces. Ces objections ont évidemment leur raison d'être, mais elles ne diminuent en rien l'importance pratique de ce fait que, quoique occasionnellement introduits, les microorganismes rencontrés par Miller n'en sont pas moins les hôtes plus ou moins fréquents de la cavité buccale; que les microorganismes pathogènes, quoique non spécifiques à la bouche, peuvent, lorsqu'ils y trouvent des conditions nécessaires à leur existence, séjourner un temps plus ou moins long, s'y multiplier, sécréter leurs toxines et exercer leur influence nocive soit dans la bouche même, soit, et cela a une importance particulière, en se portant dans les régions où leurs effets morbifiques seront spécifiques.

Par bonheur, les conditions favorables à leur développement ne s'y retrouvent pas toujours et d'autant moins que les variétés des espèces sont plus nombreuses.

A mon avis, la multiplicité des espèces est d'ailleurs une des causes de leur déchéance et une des conditions de protection de la bouche contre l'élément infectieux.

Pour ne pas paraître paradoxal, je vous dirai quelques mots d'un phénomène biologique fort intéressant, *de l'antagonisme vital en bactériologie.*

Le microbe, en être indépendant, individuel, présente, au point de vue de ses fonctions physiologiques, une analogie saisissante avec nos propres organismes ; comme les cellules animales, ils croissent, se nourrissent, sécrètent, se métamorphosent, se reproduisent, dégénèrent et meurent. Comme nos propres cellules, ils sont les centres où s'effectuent les phénomènes primordiaux de l'assimilation et de désassimilation. M. Charvin, dans un travail très intéressant[1], a démontré d'une façon pour ainsi dire mathématique, que les microbes vivent à notre manière en se servant des principes ternaires et quaternaires exactement comme s'en sert l'économie humaine en imposant à ces principes des métamorphoses, des mutations identiques ; l'azote se transforme en composés ammoniacaux ; du carbone il fait de l'acide carbonique, il consomme un volume considérable d'oxygène ; ils donnent naissance, enfin, en sécrétant, à des produits spécifiques, les toxines... Ces rapprochements sont multiples, infinis.

Il y a plus. Lorsqu'à la surface d'une plaque de gélatine nutritive on ensemence une espèce microbienne qui ne liquéfie pas cette substance et qu'après l'avoir laissé se développer on enlève la culture pour y en semencer une autre espèce déterminée, ce second microorganisme s'y développe mal ou point, alors que le même milieu nutritif, non modifié par la culture antérieure, présente un terrain excellent au développement de la nouvelle espèce. Le premier microbe a ainsi profondément modifié les éléments de la substance nutritive, soit en

1. Charvin. La concurrence vitale en bactériologie. *Sem. Méd.* 12-1892.

y soustrayant les principes nécessaires à la nutrition du second, soit en déposant dans le milieu des substances empêchantes, nuisibles.

Cet antagonisme ou mieux cette concurrence vitale des bactéries a été bien étudiée par Babes[1], Garré, Freidenreich[2], Emmerich[3], Pavlovski[4]. Je ne saurais mieux faire que d'emprunter quelques lignes à l'un des chapitres du remarquable traité des bactéries de MM. les professeurs Cornil et Babes.

... « Le résultat de la lutte pour l'existence qui s'établit entre les bactéries dépend des nombreuses conditions tenant au terrain ou à l'espèce des bactéries sur lesquelles porte l'expérience. Un milieu nutritif déjà modifié parce qu'il a servi à nourrir telle espèce déterminée ne sera plus favorable à la germination des bactéries de la même espèce ou d'une espèce différente. La force germinative, l'énergie spécifique d'une bactérie seront diminuées si elle a été affaiblie d'abord par une nutrition spéciale... Pour arrêter le développement des bactéries, le meilleur moyen consiste dans la concurrence de certaines autres bactéries. Ainsi, par exemple, les bactéries d'une espèce donnée épuisent toujours le milieu sur lequel elles poussent et, par la décomposition de ce milieu, donnent naissance à des corps chimiques qui arrêtent leur développement et empêchent d'autres bactéries de se développer à côté d'elles... »

Des nombreuses expériences exécutées par Babes, expériences qu'il nous est, à notre regret, impossible de rapporter ici, il résulte que le microbe de la pneumonie, par exemple, est moins vivace que le charbon et ne peut soutenir la concurrence contre lui ; que le développement des bactéries du choléra est empêché dans le voisinage de la pneumonie ; que les bactéries du pus bleu se développent faiblement et sans sa couleur typique auprès des microbes de la pneumonie ; que le développement du charbon est empêché par le staphylococcus ; que le micrococcus prodigiosus empêche le développement du choléra, etc.

«... Par ces expériences, dit l'auteur, on peut s'assurer que les bactéries ont les unes sur les autres une action réciproque très intense. On peut être sûr que si un terrain est depuis longtemps occupé et modifié par une bactérie, une nouvelle venue trouvera pour s'y développer des conditions tout autres que si elle était portée sur un terrain neuf...

»... Nous voyons de même que ce n'est pas seulement le développement des bactéries qui est retardé ou modifié par les modifications du terrain, mais que ce sont aussi et surtout leurs propriétés spécifiques...»

Ces expériences ainsi que ces conclusions sont, je crois, de nature à justifier mon hypothèse.

Il y a plus. Il existe dans la cavité buccale une variété de microor-

---

1. *Traités des bactéries.* Cornil et Babes, 2e édition.
2. Freidenreich. *Sur l'antagonisme des bactéries et sur l'immunité qu'ils confèrent aux milieux des cultures* (Annales de l'Institut Pasteur).
3. Emmerich. Fortschritt der Med. vol. N. 1887.
4. Pavlovski. Wirchow. Archives, vol. CVIII.

ganismes que nous, dentistes, nous connaissons tout spécialement. Si quelques-uns d'entre nous ne les ont pas vus, ils ont pu néanmoins sentir leur présence dans des bouches malpropres. Dans la carie dentaire et particulièrement dans les caries du 4e degré, nous percevons de loin leur émanation peu odoriférante. Ce sont les microorganismes de la putréfaction ou saprogènes, les hôtes les plus fréquents et les plus abondants de la bouche, ainsi que l'attestent les travaux de Vignal.

Or, chose véritablement curieuse, ces microorganismes saprogènes sont les ennemis les plus puissants de la plupart des espèces pathogènes et empêchent presque complètement leur germination.

Voici, par exemple, des tubes contenant une culture de bactéries de la putréfaction : vous y ensemencez le bacille du choléra et vous constaterez que la genèse des bacilles du choléra est totalement empêchée.

Malgré ces données curieuses, intéressantes, concluantes même, j'ai la conviction ferme qu'aucun de nous n'en déduirait cette conclusion paradoxale que le meilleur moyen contre le choléra serait une bouche infecte...

5. *Qualités spéciales et microbicides de la salive.*

Si, d'une façon générale, il est incontestable, que les microorganismes trouvent dans la cavité buccale des éléments nutritifs suffisants à leur existence, il n'en est pas moins certain que l'inconstance de réaction des liquides buccaux et particulièrement de la salive doit modifier sensiblement la constitution des milieux nutritifs et, comme conséquence ultime inévitable, les propriétés normales des bactéries, tant au point de vue physique que de leur action pathogène. Cela a une importance réelle lorsqu'on se rend compte de la sensibilité de certains d'entre eux, pour la composition du milieu où ils se développent. En dehors des espèces saprogènes qui ne sont pas bien difficiles dans le choix de leur nourriture et qui, comme nous le savons déjà, pullulent dans la bouche, un grand nombre de microorganismes pathogènes ne trouvent que difficilement les conditions propices à la réalisation de tout leur cycle biologique.

Je ne veux guère parler des modifications importantes survenant dans la réaction des liquides buccaux sous l'action des substances solides ou liquides destinées à notre alimentation. Je me bornerai à indiquer les changements que la salive éprouve dans sa réaction, grâce aux influences plus constantes et pour ainsi dire constitutionnelles.

La réaction de la salive mixte au moment de la mastication et dans les premiers temps de la digestion est généralement alcaline; mais cette alcalinité ne persiste pas pendant toute la journée : elle devient acide aux différentes périodes de la journée. « Schtikker, en se basant sur les observations faites sur lui-même, a pu constater qu'après minuit la salive présente une réaction franchement acide qui persiste jusqu'au matin. Pendant le déjeuner la salive présente une réaction fortement alcaline ; elle reste telle durant plusieurs heures

pour devenir acide dans la suite. Cette acidité est surtout très marquée trois heures après le déjeuner ; l'alcalinité se constitue peu de temps avant le dîner, persiste au moment du dîner à un degré d'autant plus élevé que les aliments sont de nature mixte ; elle est, au contraire, faible lorsque la nourriture est de nature essentiellement animale. Cette alcalinité de la salive augmente peu de temps après, pour passer ensuite à la réaction alcaline. Après le souper la salive est de nouveau alcaline ; mais elle devient acide vers minuit[1]. »

On conçoit que ces variations alternatives dans la réaction du liquide salivaire soient manifestement défavorables au développement des microorganismes.

En admettant que quelques-uns d'entre eux puissent végéter dans un milieu légèrement alcalin ou faiblement acide, la plupart des microorganismes exigent, pour atteindre toute leur vitalité, toute leur puissance pathogène, un milieu neutralisé. Les acides, comme les alcalins, nuisent à leur développement.

Pour les alcalins, nous savons que c'est en s'appuyant sur l'action généralement nocive des milieux alcalins, sur la vitalité des bactéries, que Behring rattachait à l'alcalinité de l'humeur du rat blanc la résistance de cet animal à la bactéridie.

Quant aux acides, quoiqu'ils exercent une action nocive moins prononcée sur la puissance germinative des microparasites, les expériences de M. Vignal[2] nous prouvent que la plupart des microorganismes rencontrés par lui dans la bouche ne se développent pas dans un milieu acidifié. Sur 17 espèces qu'il a trouvées dans la bouche à l'état normal et indemne de carie, 6 seulement sont susceptibles de produire des cultures dans un bouillon acidifié à 1/2000 d'acide chlorhydrique. Ce sont : le bacille de la pomme de terre, le bactérium thermo, bacille du foin ou subtilis, vibrio ongula, les microorganismes décrits sous les lettres A (P. de Miller) B et D ; leur pouvoir pathogène est assez faible, surtout lorsqu'on tient compte de l'énergie spécifique des autres microbes comme le staphylococcus pyogène, l'aureus et albus, le streptococcus de l'érysipèle ou le pneumococcus de Frankel. Ces deux organismes végétaux, qui n'ont pas été rencontrés par Vignal, exigeraient, selon Netter, un milieu légèrement alcalin.

Je ne veux, certes, pas dire que ces mêmes microorganismes souffrants et de virulence atténuée ne puissent revêtir toute leur vitalité, leur énergie spécifique imminente, lorsqu'en changeant de milieu ils y trouvent des conditions qui leur sont favorables. Mais pour que cela se produise dans la cavité buccale, il est nécessaire que la résistance organique du milieu soit profondément modifiée sous l'influence des circonstances pathologiques spéciales ; que la cellule affaiblie, altérée, déviée de ses fonctions normales, demeure inerte en face de l'envahisseur, devienne la proie des germes les plus banals.

Il me reste à vous parler de l'action de la salive sur les bactéries pathogènes que l'on rencontre souvent dans la bouche.

---

1. Chimie de la cavité buccale. Prof. J. Monthner. Handbuch des Zahnheilkunde, J. Scheff.
2. Archives de physiologie, 1886 et 8.

C'est à M. Sanarelli qu'appartient le mérite d'avoir le premier envisagé les propriétés de la salive comme milieu de culture ; c'est d'ailleurs, à notre connaissance, le seul travail publié sur la matière.

Des expériences que cet auteur a faites, il résulte que la salive possède la propriété de détruire les bacilles, que cette propriété n'est pas illimitée, mais qu'elle dépend de certaines conditions, et principalement du nombre des microorganismes qu'on y introduit.

Ainsi le staphylococcus aureus, le streptococcus, le micrococcus tétragénus et les bacilles typhiques et du choléra périssent dans la salive si on les introduit en petite quantité. Le bacille de la diphtérie et le pneumocoque ne se comportent pas de même ; cependant à la longue le premier cesse de se mouvoir et le second perd sa virulence. Sanarelli n'a pu déterminer à quelle substance la salive doit ses propriétés bactéricides.

Les conclusions finales de l'auteur sont que la salive est un mauvais milieu de culture pour les microorganismes, qu'elle les tue plus ou moins rapidement, lorsqu'ils ne sont pas trop abondants, et qu'elle altère tellement le type d'autres (par exemple le pneumocoque) qu'elle les rend impuissants[1].

En terminant l'exposé des quelques idées, que l'ensemble des faits cliniques et d'expérimentation m'a suggérées, je tiens à vous rappeler que je n'ai aucune intention d'amoindrir l'importance, l'utilité d'une médication antiseptique dans la cavité buccale. Je désire uniquement faire ressortir combien, dans le processus complexe de la guérison des maladies infectieuses de la bouche, nous devons aux conditions naturelles de notre économie. Je désire montrer, une fois de plus, combien nous serions impuissants, dans la lutte avec les infiniment petits, malgré la science, malgré les merveilles de l'antisepsie, si ces conditions de résistance naturelle faisaient défaut. Sans cette prévoyance de la nature, les microbes auraient sans doute anéanti l'espèce humaine.

INFLUENCE DE LA MENSTRUATION SUR LES ACCIDENTS D'ORIGINE DENTAIRE

Par M. Sauvez,

Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris, externe des hôpitaux.

C'est depuis longtemps déjà que les accoucheurs avaient remarqué que, pendant le cours de la grossesse, la femme est sujette aux odontalgies, et l'on trouve ce fait mentionné dans tous les auteurs, tant anciens que modernes.

Le mot odontalgie est d'ailleurs bien vague, puisqu'il ne signifie

1. *Journal des Connaissances médicales.*

que mal de dents ; on ne sait trop s'il s'agit de pulpite, de périostite ou même de gingivite.

L'idée a été limitée, mieux définie par certains auteurs, et surtout par M. le professeur Pinard, qui, dans une brochure faite en commun avec un de ses frères en 1877, a localisé surtout aux gencives les accidents buccaux survenant pendant la grossesse.

Je suis convaincu, d'ailleurs, que pendant que la femme est grosse, elle n'est pas prédisposée uniquement à la gingivite, mais que, pendant cette période, elle est certainement plus apte aux maladies des dents qu'à n'importe quel moment. A cet égard le dicton populaire « chaque enfant coûte une dent à sa mère » ne manque pas d'une certaine justesse.

Toutefois, ce n'est pas de ce point que je veux vous entretenir aujourd'hui, et, si j'ai parlé des affections dentaires causées par la grossesse, c'est uniquement parce que c'est là un fait classique et admis par tous, qui montre bien l'influence incontestable exercée sur la bouche par l'état de gravité de l'utérus.

Dans ce même ordre d'idées, je vous rappellerai que bien des auteurs, et en particulier le Dr Delestre dans sa thèse inaugurale si intéressante, ont constaté la congestion, la tuméfaction, le ramollissement des gencives, qu'on observe assez fréquemment pendant la période menstruelle.

Dans cette petite communication je n'ai d'autre but que d'attirer votre attention sur une constatation de pratique courante que vous avez dû faire également d'ailleurs. Je veux parler de l'influence exercée par la menstruation non seulement sur les gencives, ainsi que cela est admis et reconnu, mais encore sur les dents en particulier, c'est-à-dire sur la pulpe et le périoste de ces organes.

Voici pourquoi j'ai eu l'esprit attiré sur ce sujet il y a quatre ans environ. J'étais alors encore élève à l'Ecole, et je soignais au dehors, chez mon père, quelques clients ou quelques amis.

Un jour, j'eus à donner mes soins dans ces conditions à une jeune femme atteinte de carie du 4e degré d'une 2e prémolaire supérieure.

Dès la première séance je nettoyai superficiellement la cavité, je mis le canal à découvert, je fis quelques injections antiseptiques dans l'orifice et je congédiai la malade après lui avoir mis un pansement peu serré, en lui recommandant d'ailleurs de l'enlever à la moindre douleur. Quel ne fut pas mon étonnement lorsque, le lendemain, j'appris que cette jeune femme était malade au lit et avait une fluxion volumineuse que l'on me dit être causée par la dent que j'avais commencé à soigner !

Je me rendis immédiatement chez elle pour constater par moi-même si c'était bien la dent en question qui était la cause de l'accident, et je reconnus, non sans déplaisir, que c'était là le point de départ.

Ne voyant rien à me reprocher, j'interrogeai la malade pour chercher à découvrir dans l'état général s'il n'y avait pas une raison quelconque pour expliquer cette fluxion survenue si brusquement.

C'est alors que j'appris, chose qu'elle ne m'avait pas dite et que d'ailleurs je n'aurais pas songé à lui demander, surtout à cette époque, qu'elle était enceinte de deux mois.

Ce cas me surprit beaucoup et je me mis à chercher s'il n'existait pas pendant la grossesse une modification de l'état général qui pût m'expliquer la tendance aux inflammations à ce moment.

Je trouvai bientôt plusieurs causes, l'excitation du système nerveux entre autres, et surtout (c'est même là la raison que je pense être de beaucoup la plus importante), la pléthore, l'augmentation de la masse du sang qui existe pendant la durée de l'état de plénitude de l'utérus.

Cette augmentation de la masse du sang existant pendant la période menstruelle comme elle existe pendant la grossesse, je pensai dès ce moment que l'accident qui m'était arrivé pouvait peut-être également survenir pendant la menstruation. puisqu'à cette époque la femme est dans les mêmes conditions.

Ce n'était là qu'une hypothèse basée sur une déduction logique, et depuis ce jour j'ai cherché, chaque fois que j'ai eu l'occasion d'examiner chez une femme des complications de caries du 3e et du 4e degré, pulpite,périostite aiguë, fluxion,accidents quelconques, j'ai cherché, dis-je, si le plus souvent ces complications ne survenaient pas au moment de l'époque menstruelle.

Ce n'est qu'après avoir observé un grand nombre de cas que je me permets d'émettre l'idée suivante, que je crois devoir être prise en sérieuse considération, surtout au point de vue thérapeutique :

« Au moment de la période menstruelle, la femme est sujette
» tout autant que pendant la grossesse aux affections des dents,
» principalement aux affections causées par la congestion de la pulpe
» ou du périoste. »

Je crois d'ailleurs que cette idée doit être admise largement, et que l'on pourrait dire d'une façon plus générale que la femme est prédisposée aux maladies des dents, lorsque son utérus présente un trouble quelconque, soit normal, soit pathologique.

Si je ne m'appuyais que sur quelques cas seulement, on pourrait très bien les expliquer par une simple coïncidence ; il serait exagéré, abusif de conclure d'après quelques faits, et de dire que des femmes ne peuvent pas avoir de fluxions, ni de complications diverses de caries, sans être au moment de leurs règles, ou la réciproque, c'est-à-dire de soutenir que tous les accidents d'origine dentaire surviennent chez la femme à ce moment. L'expérience démontrerait facilement le contraire.

D'autre part encore, et j'insiste sur ce point, c'est *au début* de la période menstruelle que surviennent les complications dont je parle.

En effet, si je disais simplement que souvent la femme a des accidents d'origine dentaire vers l'époque de ses règles, on pourrait m'objecter très justement que pour peu qu'une femme soit réglée un peu plus longtemps que la durée normale, c'est-à-dire cinq ou huit jours, il n'y a rien d'étonnant à constater que les accidents débutent soit quelques jours avant soit pendant quelques jours après.

J'émets d'avance ces objections qui se présentent naturellement à l'esprit, parce que je n'ai pas l'intention de discuter l'existence du fait en lui-même.

C'est uniquement une constatation que j'ai faite,que je ne cherche en aucune façon à prouver, sur laquelle j'attire l'attention et que d'ailleurs beaucoup d'entre vous,ont dû faire également, ainsi que je vous l'ai déjà dit plus haut.

Etant données ces diverses considérations, je crois qu'il serait absolument inutile de vous citer une dizaine d'observations, voire même une centaine,montrant la coïncidence entre le début de la période menstruelle et le début des complications de caries dentaires, car on pourrait m'en citer un nombre double montrant exactement le contraire, c'est-à-dire des accidents survenus à un autre moment. La statistique est une arme dangereuse à laquelle on ne doit avoir recours que dans le cas où elle peut servir de preuve absolue.

L'existence du fait étant supposée, admise, voyons quelle peut être la pathogénie de ces accidents.

Sans examiner, ce qui serait en dehors de la question, la menstruation au point de vue de la physiologie pure, c'est-à-dire sans étudier cette sorte de ponte périodique qui survient à cette époque, constatons seulement que tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître qu'à ce moment l'organisme de la femme subit de profondes modifications.

L'écoulement menstruel est le plus souvent accompagné de phénomènes généraux divers qui s'observent principalement du côté du système nerveux, et qui consistent en congestions vers la tête et les organes de la poitrine, provoquées par la plus grande masse de sang à cette période et par l'excitation générale des nerfs du système ganglionnaire. Ces congestions peuvent donner lieu à des maux de tête violents, à des palpitations de cœur, à des exhalations sanguines, hémoptysies, épistaxis, etc., et à des manifestations nerveuses de différentes espèces.

En un mot, pléthore sanguine et excitation du système nerveux, ainsi que je l'avais dit précédemment.

Tout cela est d'ailleurs bien naturel ; la femme doit, physiologiquement, perdre du sang tous les mois environ, donc elle doit en fabriquer plus à ce moment.

On constate ce phènomène dans bien des cas ; c'est ainsi qu'on est frappé,quand on observe assez souvent des femmes à qui on a pratiqué une grande opération abdominale, opération ayant occasionné une perte de sang importante, de la facilité indiscutable des opérées à réparer cette perte. Un homme ayant perdu une quantité de sang analogue mettrait certainement beaucoup plus de temps à la reformer.

Si maintenant nous examinons l'état d'une dent susceptible d'être atteinte de pulpite ou de périostite, c'est-à-dire placée par suite de circonstances diverses dans un état de moindre résistance pour ainsi dire, n'est-il pas naturel qu'au moment de cette congestion générale intense, de cette susceptibilité de tout le système nerveux, cette dent

soit le siège également d'une congestion plus vive et de douleurs plus grandes?

Qu'est-ce qui amène une pulpite ou une périostite, sinon précisément un afflux de sang causé soit par l'irritation à distance d'un organe extrêmement vasculaire, comme la pulpe des dents, ou l'excitation causée par les produits septiques enfermés dans le canal dentaire et venant irriter le périoste qui tapisse l'extrémité de ce canal?

Ce sont là d'ailleurs les idées admises pour expliquer la pathogénie de la pulpite et de la périostite. La preuve en est dans l'intervention thérapeutique que l'on pratique.

Comment agissent les révulsifs, comme la teinture d'iode, les pointes de feu, les scarifications que l'on emploie journellement, si ce n'est en congestionnant les parties périphériques, précisément pour décongestionner les parties profondes?

Et quant à l'intensité des phénomènes douloureux à ce moment, cela est également bien logique, puisque l'on s'accorde généralement pour reconnaître que les douleurs des dents sont si terribles à cause justement de la dilatation des vaisseaux sanguins charriant une plus grande quantité de sang et comprimant les ramuscules nerveux sur des parois résistantes.

Je crois donc, et je pense que c'est aussi votre avis, que c'est de cette façon qu'on doit expliquer le retentissement sur les dents des troubles de l'utérus. C'est en quelque sorte un mécanisme analogue à celui qui sert à expliquer les maladies infectieuses par l'action des bacilles, des microbes venant s'attaquer aux endroits de moindre résistance.

Voyons maintenant quelles conclusions découlent logiquement de ce court exposé.

C'est que la femme, qui est déjà bien sensible à l'état normal, doit être encore traitée avec plus de ménagements pendant la période menstruelle, comme d'ailleurs pendant la grossesse, et pendant qu'elle est atteinte de troubles utérins.

Je ne veux pas dire que lorsqu'une malade vient pour demander des soins au sujet d'une carie de 2e degré avancé, du 3e degré et surtout du 4e, la première question du dentiste doit-être : « Madame, avez-vous vos règles pour le moment? », ce qui est impossible en clientèle.

Quelquefois on peut le faire, mais en tous les cas je crois qu'il faut toujours en quelque sorte se tenir sur le qui-vive, lorsqu'on traite chez une femme des dents douteuses, et qu'il faut pour ainsi dire tâter la susceptibilité de la dent que l'on va soigner.

Il en résulte aussi, entre autres, que l'obturation d'une carie de 4e degré en une séance, que font, paraît-il, certains praticiens, ne devra jamais être tentée pendant la période menstruelle.

Je vous demande pardon de vous avoir tenus si longtemps sur ce sujet, mais il me semble que toutes ces considérations sont intéressantes, au point de vue des rapports des dents avec l'organisme en général et au point de vue du rôle si important que joue l'utérus sain ou malade sur les différentes affections de la femme.

OBSERVATION DE PROTHÈSE IMMÉDIATE

RÉSULTATS TARDIFS

(6 *ans après l'intervention*)

Par M. Claude Martin, de Lyon.

Nous publions une observation de prothèse immédiate intéressante à plusieurs points de vue ; d'abord parce qu'il s'agissait d'un cas relativement complexe, qui a nécessité une série de modifications dans les appareils qui furent appliqués à la malade ; d'autre part, elle donne la confirmation d'un fait depuis longtemps affirmé par M. Martin, à savoir la tolérance parfaite des appareils par les tissus, alors même que ceux-ci étaient, avant l'intervention, affectés de néoplasmes. Enfin elle permet de constater les résultats tardifs donnés par cette méthode.

G. Marie, âgée de vingt et un ans, tisseuse, à la Tour du Pin (Isère).

Cette malade entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Pierre, n° 8, le 20 octobre 1886, pour une tumeur du maxillaire inférieur. Pas d'antécédents héréditaires, pas de maladie dans l'enfance. A la fin du mois de juin 1886, la jeune fille remarqua pour la première fois, siégeant à la face interne de la partie gauche du maxillaire inférieur et au niveau de l'avant-dernière molaire, une petite tumeur, faisant saillie du côté de la langue.

Cette tumeur d'ailleurs était indolore, mais elle ne tarda pas à augmenter de volume et à envahir par sa base d'implantation les parties voisines de l'os.

Lorsque la malade entre à Saint-Pierre, la tumeur a envahi la partie interne gauche du maxillaire inférieur jusqu'à la ligne médiane. Elle soulève la langue et l'applique d'une façon continue en haut et en arrière, ce qui gêne notablement et la parole et la mastication. La tumeur est un peu ulcérée. L'appétit est conservé, santé générale assez satisfaisante. Rien au cœur ni au poumon.

Le 28 octobre 1886, M. le professeur agrégé Chandelux, remplaçant M. le professeur Ollier, fait la résection de toute la partie du maxillaire envahi. La section osseuse a porté du côté droit au niveau de la première petite molaire et du côté gauche au niveau de la deuxième grosse molaire.

M. Martin applique immédiatement un appareil prothétique. Celui-ci, représentant la partie osseuse enlevée, est formé d'une portion alvéolaire et d'une partie correspondant au corps de l'os qui mesure soixante-quinze millimètres de longueur.

Cet appareil est fixé à l'os par des lames et des vis ; mais, pour lui donner plus de fixité, on a ajouté un crochet qui vient entourer la petite molaire restant au fragment droit. Dans son épaisseur sont ménagés des canaux destinés aux irrigations antiseptiques.

La partie alvéolaire fut changée, au mois de décembre 1886, contre une autre munie de dents. Ce changement fut opéré dès que la malade n'eut plus besoin d'irrigations.

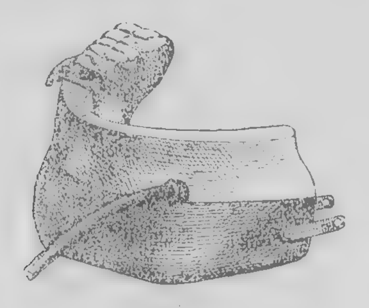


Fig. 1.

Le 18 juin 1887, on enlève ce premier appareil et on le remplace par un autre ayant sensiblement la même forme, mais muni seulement de prolongements internes. Deux ressorts adaptés à une plaque palatine viennent se fixer de chaque côté de la pièce prothétique pour la maintenir abaissée, surtout du côté gauche.

Le résultat fonctionnel fut excellent. La mastication se fait cependant plus facilement du côté du maxillaire osseux. La prononciation est à peu près normale ; la malade ne perd pas sa salive et la physionomie est intacte.

Nous devons ajouter qu'au mois de juin 1887 on fut obligé de lui extraire, du côté gauche, sa dent de sagesse qui venait de faire son évolution. Elle était devenue douloureuse et présentait une carie avancée (les racines n'étaient pas complètement ossifiées).

Le 25 octobre 1887, la malade revint à l'hôpital pour faire un peu modifier son appareil. Nous constatons à ce moment que le fragment gauche, qui a conservé toutes ses insertions musculaires, a été attiré en dehors et en haut par ses élévateurs et que le fragment droit est dévié du même côté. Ce déplacement a eu pour effet de changer les rapports des arcades dentaires et de détruire la régularité de la face.

Nous avons donc été obligé de modifier notre appareil, en remplaçant les prolongements qui le terminaient du côté gauche par une

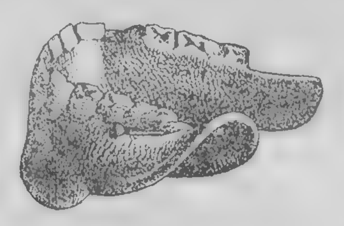


Fig. 2.

espèce de gouttière emboîtant toute la partie supérieure du fragment et devant, avec l'aide du ressort, le maintenir abaissé.

Cette modification, qui eût très bien réussi au début, devint absolument insuffisante. Le fragment s'échappait à chaque instant de cette gouttière, et, pour le maintenir, nous fûmes obligé d'ajouter à notre appareil un prolongement, placé à l'extrémité externe de la portion gauche. Il est en partie en caoutchouc durci, et en partie en caoutchouc mou. Il refoule en dedans, en le maintenant sous l'appareil, le fragment qui a toujours de la tendance à s'en échapper.

Nous n'avons obtenu ce résultat que très difficilement, ce qui n'aurait pas eu lieu si nous avions prévu cette déformation.



Fig. 3.

En juin 1888, nous voyons notre opérée et rien de particulier n'attire notre attention, si ce n'est la déformation que nous avons déjà signalée autre part [1].

Lorsque la bouche est fermée, le menton occupe parfaitement sa place normale; mais il n'en est pas de même dans les mouvements

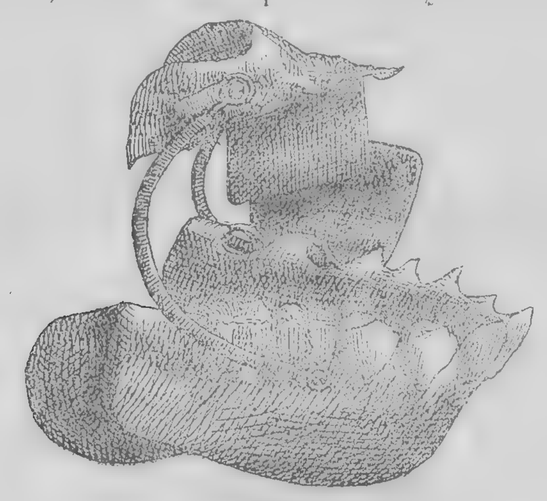


Fig. 4.

d'abaissement de la mâchoire inférieure ; à ce moment, on s'aperçoit d'une déviation notable du menton, se dirigeant du côté opéré.

1. G. Masson, éditeur. *De la Prothèse immédiate appliquée à la résection des maxillaires* (page 129).

En présence de la persistance de cette déformation, nous lui avons appliqué un appareil analogue à celui que nous venons de construire pour un autre malade atteint de la même difformité et qui est représenté par la fig. 4.

Du côté gauche de cette pièce, on voit deux lames latérales fixées l'une à la plaque palatine, l'autre au maxillaire inférieur artificiel.

La lame fixée à ce dernier est en dehors de celle qui est adhérente à la plaque palatine et présente sa face interne à la face externe de l'autre. Il résulte de cette disposition que la mâchoire inférieure, en s'abaissant, ne peut nullement se porter latéralement.

Grâce à cet appareil, la difformité a disparu complètement et en janvier 1889 la malade nous écrit qu'elle s'est parfaitement habituée à sa nouvelle pièce et qu'actuellement sa mastication et sa prononciation ne laissent rien à désirer.

Le 9 mai 1892, la malade fut présentée à la Société nationale de médecine de Lyon où l'on put constater un résultat fort satisfaisant, puisqu'elle peut aujourd'hui manger facilement des deux côtés.

On peut voir aussi que la récidive n'a pas été favorisée par le port de l'appareil.

M. le professeur Ollier, présent à cette séance, se rappelle cette malade qui était entrée dans son service pour une tumeur du maxillaire inférieur, que l'examen histologique démontra être un sarcome fistulé. Il avait même craint une récidive dans les extrémités des os.

En somme, suivant ses propres paroles, le résultat est excellent, même magnifique.

PRÉSENTATION DE DAVIERS

Par M. Poinsot,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Ces daviers, construits par M. Collin, fabricant d'instruments de chirurgie, et dont les branches sont réunies par un mécanisme nouveau connu sous le nom d'articulation de Collin, ont sur les daviers ordinaires, dits anglais, l'avantage de pouvoir être démontés instantanément pour être nettoyés et rendus aseptiques.

L'une des branches porte un pivot solide en acier qui reçoit la branche femelle placée transversalement. Cette dernière porte deux doigts ou agrafes placés l'un au-dessus, l'autre au-dessous du pivot, disposition qui constitue un nouveau système d'assemblage et assure la bonne direction des mors, ainsi que leur force. Pour démonter l'instrument, il suffit de ramener les branches dans la position transverse et de dégager le pivot de la branche femelle.

L'articulation à tenon, jadis inventée par Charrière, était fragile puis difficile à nettoyer ; l'ancienne articulation à vis ne permet pas de séparer les branches pour les laver, les essuyer, les aseptiser. C'est pourquoi M. Collin imagina l'articulation qui porte son nom ;

il fit d'abord une pince hémostatique qui fut présentée par le Prof. Trélat à la Société de chirurgie, puis, poursuivant ses recherches, il appliqua son nouveau système à toutes les pinces, aux ciseaux, cisailles et pinces de Liston, lithotomes, spéculums et en général à tous les instruments à deux branches articulées.

Cette articulation nouvelle est déjà copiée par les Américains et les Allemands, mais elle est née à Paris et restera française.

Ce sont les daviers à dents qui, dans ces derniers temps, ont occupé M. Collin ; il est bon peut-être de dire en terminant que jusqu'à ce jour la France était tributaire de l'Angleterre et des États-Unis, qui fabriquaient exclusivement ces derniers instruments. Cette modification heureuse apportée dans le système d'articulation va transformer cet ordre de choses, puisque M. Collin les construira désormais et occupera à ce travail un assez grand nombre d'ouvriers.

Ces nouveaux daviers font suite à une série de pieds de biche et d'élévateurs pour l'extraction des racines, dont l'originalité a été des plus remarquées; nous sommes convaincu que ces premiers pas des plus heureux ne seront que le prélude d'autres innovations, qui seront suggérées par les professeurs des écoles dentaires pour les besoins et par le progrès sans cesse croissant de l'art dentaire.

ESSAIS D'ANESTHÉSIE LOCALE EN CHIRURGIE DENTAIRE AU MOYEN DE LA TROPACOCAINE

Par MM. les Drs Pinet et Viau.
Professeurs à l'École dentaire de Paris.

A la séance de la Société d'Odontologie du mardi 6 décembre 1892, le Président a donné lecture de la lettre suivante :

« Paris, 6 décembre 1892.

» Mon cher Président,

» Nous désirions vivement présenter, dès ce soir, pour prendre date, le résultat de recherches entreprises depuis trois semaines. Il s'agit de l'action anesthésiante d'une nouvelle substance, la *tropacocaïne*.

» Plus de dix malades ont été opérés, après injections intra gingivales de 0 gr. 02 centigrammes de cette substance, et on a pu s'assurer que l'anesthésie était au moins égale à celle produite par la cocaïne. L'ischémie locale a été rapide et il semble que l'anesthésie se produit plus rapidement qu'avec la cocaïne.

» Jusqu'à présent, aucun malaise ne s'est produit chez les opérés.

» Chez un malade très nerveux on a injecté 4 centigrammes ; il s'agissait de l'avulsion de deux petites molaires et de la première grosse molaire supérieure ; le résultat a été très satisfaisant. Le malade avait été antérieurement opéré avec la cocaïne et il a déclaré que l'anesthésie par la tropacocaïne avait été plus complète; malgré qu'il

s'agit de l'avulsion de *trois* dents au lieu d'*une*, il n'a ressenti aucun malaise.

» Une autre malade a été opérée avec le concours du Dr Isch-Wall, d'une épulis d'un volume considérable qui a nécessité le curage de l'alvéole ; après ablation de l'épulis, il a fallu appliquer trois fois le thermo-cautère ; cette personne, très nerveuse, très timorée, a été convenablement anesthésiée pour cette opération qui a duré plus d'un quart d'heure ; l'anesthésie a été obtenue avec 4 centigrammes de tropacocaïne dissous dans 1 gramme d'eau distillée et injectés autour du champ opératoire.

» Nous avons entrepris déjà des expériences sur les animaux : des cobayes supportent des doses plus élevées de tropacocaïne que de cocaïne. Ainsi, ce matin, un cobaye de petite taille a supporté, sans présenter le moindre phénomène autre qu'une activité plus grande de la circulation périphérique, une dose de 4 centigrammes de tropacocaïne.

» Ce cobaye, l'avant-veille, après une injection de *cocaïne* de même dose, avait présenté des phénomènes d'intoxication caractérisée par des secousses convulsives subintrantes ; ces secousses ont été extrêmement violentes et ont duré plus d'une demi-heure.

» Nous comptons, à la prochaine séance, vous donner des résultats plus complets.

» Veuillez agréer, monsieur le Président, nos sincères salutations.

» G. VIAU, Dr Camille PINET. »

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 8 *novembre* 1892.

Présidence de M. LECAUDEY

La séance est ouverte à 9 heures.

M. Francis Jean, secrétaire général, donne lecture du procès-verbal, qui est adopté sans observation.

I. — PRÉSENTATION DE DAVIERS DE LA MAISON COLLIN, PAR M. POINSOT

M. Poinsot présente ces instruments et les accompagne d'une description insérée aux *Travaux originaux*.

DISCUSSION

M. Deschaux. — N'est-il pas à craindre qu'ils se démanchent lorsqu'on veut saisir la dent?

M. Poinsot. — C'est impossible, l'écartement des mors est plus que suffisant.

M. Gillard. — Il existe déjà des instruments de chirurgie dans ce genre, mais le perfectionnement de ceux-ci consiste dans l'onglet grâce auquel toute mobilité est impossible.

M. Deschaux. — Le démontage facile de ces daviers permet au besoin de se servir de chaque branche comme d'un élévateur. J'ai eu l'occasion d'utiliser un davier ordinaire dans ces conditions et avec succès, en raison de ce que chaque mors a son côté indiqué. Je les préfère même aux élévateurs classiques.

II. — Don au musée

M. Poinsot. — M. Bouley offre au Musée de l'Ecole diverses pièces anatomiques grossies que je dépose devant vous et qui représentent des accidents pathologiques et opératoires.

La Société vote des remercîments à M. Bouley.

III. — Fracture compliquée du maxillaire inférieur, par M. Martinier

M. Martinier communique un cas de cette nature (sera inséré aux *Travaux originaux*) et présente le malade, ainsi que des moulages avant et après la réduction.

DISCUSSION

M. Poinsot. — Je ne puis qu'adresser mes félicitations personnelles à M. Martinier pour son beau succès, car les services que nous sommes appelés à rendre en chirurgie sont assez grands pour qu'on insiste là-dessus, quoique ces fractures soient plutôt du domaine des hôpitaux. Je me souviens que, de 1865 à 1868, dans le service du Dr Maisonneuve, à l'Hôtel-Dieu, j'eus des opérations semblables à faire, mais je n'employais que les gouttières en caoutchouc durci. Un jour, j'eus un échec signalé : le cal ne se formait pas, la consolidation ne s'effectua pas.., mais le sujet était syphilitique.

Une autre fois je fus mieux partagé avec un malade qui était à l'hôpital depuis 5 à 6 semaines. C'était un bateleur de profession, doué d'une force herculéenne ; mais un jour il avait rencontré quelqu'un plus fort que lui qui, d'un coup de poing, lui avait cassé la mâchoire et plusieurs dents. A la partie supérieure, les molaires manquaient et la mâchoire inférieure n'avait pas de point d'appui de ce côté. J'eus l'idée de refaire les molaires manquantes et je rétablis ainsi l'antagonisme des maxillaires; 5 ou 6 jours après le malade sortait de l'hôpital, le cal était suffisamment formé.

Le troisième cas s'est produit à l'Ecole. Un individu s'y présenta un jour avec une mâchoire brisée, qu'on ne lui avait pas arrangée à l'hôpital d'où il sortait. Je lui confectionnai un appareil analogue à celui de M. Martinier et, avec des soins et des irrigations antiseptiques, j'obtins un excellent résultat.

Maisonneuve pensait et disait que les dentistes peuvent rendre beaucoup de services dans les hôpitaux, mais ce fut en vain qu'il réclama à l'Administration qu'on en nommât dans ces établissements; il ne réussit pas : on lui répondit que les opérations que nous pratiquons peuvent être aussi bien faites par les chirurgiens. Le dernier cas que je viens de vous citer, comme bien d'autres exemples, prouve le contraire.

M. Viau. — Je m'associe aux félicitations de M. Poinsot, car je trouve ce travail remarquable. Tous ceux qui s'occupent de prothèse savent combien elle est difficile dans ce cas. J'ai suivi toutes les phases du traitement et ses heureuses transformations. La consolidation est parfaite actuellement. L'articulation est revenue à son état normal et j'avoue n'en avoir jamais vu d'aussi parfaitement rétablie.

M. Gillard. — Je crains de venir jeter une note discordante au milieu de ce concert d'éloges, mais j'ai remarqué que, dans un passage de sa communication, M. Martinier recommande l'aluminium ou l'alliage pour l'appareil. Or l'aluminium est absolument contre-indiqué dans ce cas, car son altération est très grande en présence du pus qui le détériore fortement.

M. Martinier. — M. Dubois a fabriqué, il y a 3 ans, un appareil en aluminium qui a donné un bon résultat et n'a subi aucune altération. Le mien a séjourné un mois et demi dans la bouche et il est resté en parfait état, comme on pourra s'en convaincre en l'examinant au Musée de l'Ecole, auquel je suis prêt à l'offrir.

M. Lecaudey. — Combien de temps le traitement a-t-il duré ?

M. Martinier. — En 50 jours la guérison complète était obtenue.

M. Gillard. — Je pourrais montrer des appareils en aluminium qui se sont considérablement altérés dans la bouche.

M. Viau. — L'emploi de l'aluminium est intéressant en prothèse dentaire et c'est une question que nous pourrions remettre à l'étude. J'y ai renoncé, pour ma part, parce que, dans les plaques étroites, je n'ai pas rencontré la solidité voulue, mais je n'ai pas constaté d'altération dans les bouches où il y a du pus. Cependant une personne de ma famille porte un appareil à succion en aluminium recouvert de caoutchouc, qui est plus propre et plus décapé qu'après la pose.

Je crois que l'aluminium bien affiné n'offre pas d'inconvénient.

M. Lecaudey. — Au début de l'apparition de l'aluminium, j'ai fait des moignons avec ce métal, mais j'ai été obligé de l'abandonner à cause de son oxydation dans certaines bouches.

M. Gillard. — Un dentier porté 10 mois dans une bouche bien entretenue s'est couvert, dans tout le palais, de petits trous et le celluloïd était devenu très rouge.

M. Deschaux. — J'ai fait la même remarque.

M. Poinsot. — L'aluminium a semblé me donner de bons résultats immédiats, mais de mauvais résultats médiats et j'avoue même qu'il m'a fait perdre des clients. Il y a aussi une question de salive qui décompose le métal suivant qu'elle est plus ou moins acide.

La Société vote des remercîments à M. Martinier pour son intéressante communication.

IV. — De l'influence de la menstruation sur les accidents d'origine dentaire,

Par M. Sauvez

M. Sauvez communique une étude sur ce sujet (voir *Travaux originaux*).

DISCUSSION

M. Frey. — Chacun connaît les érysipèles à répétition, les angines, coïncidant avec les périodes menstruelles. Ce sont là des accidents infectieux qui se rapportent à ceux dont parle mon ami M. Sauvez.

M. Lecaudey. — J'adresse des remercîments à M. Sauvez, au nom de la Société, pour son travail étudié.

La séance est levée à 10 heures.

Le secrétaire général,
Francis JEAN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LA LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Dans sa séance du 22 novembre dernier, le Sénat a procédé à la discussion du projet tel qu'il lui revenait de la Chambre. On sait que les modifications apportées par celle-ci consistaient dans la suppression de l'art. 11, visant l'exercice simultané de la médecine ou de la dentisterie ou de la pratique des accouchements (pour les sages-femmes) et de la pharmacie ou de l'herboristerie, de l'art. 24 (pénalités) corrélatif de l'art. 11, et dans certaines additions apportées aux articles 3, 4 et 19 (ancien 20 du vote du Sénat).

Il a adopté successivement les divers articles du projet ainsi amendé et l'ensemble du projet lui-même.

Le seul changement intéressant les dentistes, introduit par la Chambre dans la rédaction que nous avons publiée dans notre numéro d'avril 1892 et sanctionné aujourd'hui par le Sénat, est le suivant. Il est indiqué en italique.

« Art. 19 (ancien 20), 2e parag. — L'usurpation du titre de chirurgien-dentiste sera punie d'une amende de 100 à 500 fr. et, en cas de récidive, d'une amende de 500 fr. à 1000 fr. et d'un emprisonnement de six jours à un mois *ou de l'une de ces deux peines seulement.* »

Nous rappelons que la loi votée définitivement maintenant n'est exécutoire qu'un an après sa promulgation. Celle-ci ayant eu lieu le 30 novembre 1892, c'est donc le 30 novembre 1893 qu'elle entrera en vigueur.

Nous en donnons ci-après le texte, en éliminant toutes les parties qui n'intéressent pas les dentistes.

Malgré le vote de la loi, le dernier mot n'est pas dit sur cette question, puisqu'il s'agit maintenant de fixer les programmes de l'enseignement d'Etat, d'organiser celui-ci, d'établir des jurys et de déterminer les épreuves à faire subir aux dentistes exerçant en vertu des dispositions transitoires. Ce rôle incombe à la commission tech-

nique qui va être instituée au Ministère de l'Instruction publique, sous la présidence soit du Directeur de l'enseignement supérieur, M. Liard, soit du doyen de la Faculté de médecine. Cette commission, dans laquelle il est permis d'espérer de voir des dentistes, pourra, dans une certaine mesure, atténuer ou rendre plus sévères les dispositions légales dans le projet de règlement d'administration publique qu'elle aura à élaborer.

Il reste donc des efforts à faire de ce côté pour obtenir de nouveaux avantages; mais les membres de la profession peuvent être assurés que le Conseil de direction de l'Ecole Dentaire de Paris continuera d'employer toute son activité au service de la cause qu'il a déjà embrassée avec tant d'ardeur, la sauvegarde des intérêts corporatifs et la protection des situations acquises.

LOI sur l'exercice de la médecine.

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE II

CONDITIONS DE L'EXERCICE DE LA PROFESSION DE DENTISTE

Art. 2. — Nul ne peut exercer la profession de dentiste s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste. Le diplôme de chirurgien-dentiste sera délivré par le gouvernement français à la suite d'études organisées suivant un règlement rendu après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique et d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat.

TITRE IV

CONDITIONS COMMUNES A L'EXERCICE DE LA MÉDECINE, DE L'ART DENTAIRE ET DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

Art. 5. — Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes diplômés à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pourront exercer leur profession en France qu'à la condition d'y avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine, de dentiste ou de sage-femme, et en se conformant aux dispositions prévues par les articles précédents.

Des dispenses de scolarité et d'examens pourront être accordées par le ministre, conformément à un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique. En aucun cas, les dispenses accordées pour l'obtention du doctorat ne pourront porter sur plus de trois épreuves.

Art. 7. — Les étudiants étrangers qui postulent, soit le diplôme de docteur en médecine visé à l'article 1er de la présente loi, soit le diplôme de chirurgien-dentiste visé à l'article 2, et les élèves de nationalité étrangère qui postulent le diplôme de sage-femme de 1re ou de 2e classe visé à l'article 3, sont soumis aux mêmes règles de scolarité et d'examens que les étudiants français.

Toutefois il pourra leur être accordé, en vue de l'inscription dans les facultés et écoles de médecine, soit l'équivalence des diplômes ou certificats obtenus par eux à l'étranger, soit la dispense des grades français requis pour cette inscription, ainsi que des dispenses partielles de scolarité correspondant à la durée des études faites par eux à l'étranger

Art. 9. — Les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes sont tenus, dans le mois qui suit leur établissement, de faire enregistrer, sans frais, leur titre à la préfecture ou sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de leur arrondissement.

Le fait de porter son domicile dans un autre département oblige à un nouvel enregistrement du titre dans le même délai.

Ceux ou celles qui, n'exerçant plus depuis deux ans, veulent se livrer à l'exercice de leur profession, doivent faire enregistrer leur titre dans les mêmes conditions.

Il est interdit d'exercer sous un pseudonyme les professions ci-dessus, sous les peines édictées à l'article 18.

Art. 10. — Il est établi chaque année dans les départements, par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire, des listes distinctes portant les noms et prénoms, la résidence, la date et la provenance du diplôme des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes visés par la présente loi.

Ces listes sont affichées chaque année, dans le mois de janvier, dans toutes les communes du département. Des copies certifiées en sont transmises aux ministres de l'intérieur, de l'instruction publique et de la justice.

La statistique du personnel médical existant en France et aux colonies est dressée tous les ans par les soins du ministre de l'intérieur.

Art. 11 — L'article 2272 du code civil est modifié ainsi qu'il suit :

« L'action des huissiers, pour le salaire des actes qu'ils signifient et des commissions qu'ils exécutent ;

« Celle des marchands, pour les marchandises qu'ils vendent aux particuliers non marchands ;

« Celle des maîtres de pension, pour le prix de pension de leurs élèves, et des autres maîtres, pour le prix de l'apprentissage ;

« Celle des domestiques qui se louent à l'année, pour le payement de leur salaire ;

« Se prescrivent par un an ;

« L'action des médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens, pour leurs visites, opérations et médicaments, se prescrit par deux ans. »

Art. 13. — A partir de l'application de la présente loi, les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes jouiront du droit de se constituer en associations syndicales, dans les conditions de la loi du 21 mars 1884, pour la défense de leurs intérêts professionnels, à l'égard de toutes personnes autres que l'Etat, les départements et les communes.

TITRE V

EXERCICE ILLÉGAL. — PÉNALITÉS

Art. 16.— Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui, non munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, ou n'étant pas dans les conditions stipulées aux articles 6, 29 et 32 de la présente loi, prend part, habituellement ou par une direction suivie, au traitement des maladies ou des affections chirurgicales ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire ou des accouchements, sauf les cas d'urgence avérée ;

3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi.

Les dispositions du paragraphe 1er du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qui agissent comme aides d'un docteur ou que celui-ci place auprès de ses malades, ni aux gardes-malades, ni aux personnes qui, sans prendre le titre de chirurgien-dentiste, opèrent accidentellement l'extraction des dents.

Art. 17. — Les infractions prévues et punies par la présente loi seront poursuivies devant la juridiction correctionnelle.

En ce qui concerne spécialement l'exercice illégal de la médecine, de l'art dentaire ou de la pratique des accouchements, les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les associations de médecins régulièrement constituées, les syndicats visés dans l'article 13 pourront en saisir les tribunaux par voie de citation directe donnée dans les termes de l'article 182 du code d'instruction criminelle, sans préjudice de la faculté de se porter, s'il y a lieu, partie civile dans toute poursuite de ces délits intentée par le ministère public.

Art. 18. — L'exercice illégal de l'art dentaire est puni d'une amende de 50 à 100 fr. et, en cas de récidive, d'une amende de 100 à 500 fr.

Art. 19. — L'exercice illégal de la médecine ou de l'art dentaire, avec usurpation du titre de docteur ou d'officier de santé, est puni d'une amende de 1,000 à 2,000 fr. et, en cas de récidive, d'une amende de 2,000 à 3,000 fr. et d'un emprisonnement de six mois à un an, ou de l'une de ces deux peines seulement.

L'usurpation du titre de dentiste sera punie d'une amende de 100 à 500 fr. et, en cas de récidive, d'une amende de 500 à 1,000 fr. et d'un emprisonnement de six jours à un mois, ou de l'une de ces deux peines seulement.

Art. 22. — Quiconque exerce la médecine, l'art dentaire ou l'art des accouchements sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés à l'article 9 de la présente loi, est puni d'une amende de 25 à 100 fr.

Art. 24. — Il n'y a récidive qu'autant que l'agent du délit relevé a été, dans les cinq ans qui précèdent ce délit, condamné pour une infraction de qualification identique.

Art. 25. — La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de leur profession peuvent être prononcées par les cours et tribunaux, accessoirement à la peine principale, contre tout médecin, officier de santé, dentiste ou sage-femme, qui est condamné :

1° A une peine afflictive et infamante ;

2° A une peine correctionnelle prononcée pour crime de faux, pour vol et escroquerie, pour crimes ou délits prévus par les articles 316, 317, 331, 332, 334 et 335 du code pénal;

3° A une peine correctionnelle prononcée par une cour d'assises pour des faits qualifiés crimes par la loi.

En cas de condamnation prononcée à l'étranger pour un des crimes et délits ci-dessus spécifiés, le coupable pourra également, à la requête du ministère public, être frappé, par les tribunaux français, de suspension temporaire ou d'incapacité absolue de l'exercice de sa profession.

Les aspirants ou aspirantes aux diplômes de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste et de sage-femme condamnés à l'une des peines énumérées aux paragraphes 1, 2 et 3 du présent article, peuvent être exclus des établissements d'enseignement supérieur.

La peine de l'exclusion sera prononcée dans les conditions prévues par la loi du 27 février 1880.

En aucun cas, les crimes et délits politiques ne pourront entraîner la suspension temporaire ou l'incapacité absolue d'exercer les professions

visées au présent article, ni l'exclusion des établissements d'enseignement médical.

Art. 26. — L'exercice de leur profession par les personnes contre lesquelles a été prononcée la suspension temporaire ou l'incapacité absolue, dans les conditions spécifiées à l'article précédent, tombe sous le coup des articles 17, 18, 19, 20 et 21 de la présente loi.

Art. 27. — L'article 463 du code pénal est applicable aux infractions prévues par la présente loi.

TITRE VI

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Art. 30. — Un règlement délibéré en conseil supérieur de l'instruction publique déterminera les conditions dans lesquelles : 1° un officier de santé pourra obtenir le grade de docteur en médecine ; 2° un dentiste qui bénéficie des dispositions transitoires ci-après pourra obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste.

Art. 32. — Le droit d'exercer l'art dentaire est maintenu à tout dentiste justifiant qu'il est inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1892.

Les dentistes se trouvant dans les conditions indiquées au paragraphe précédent n'auront le droit de pratiquer l'anesthésie qu'avec l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé.

Les dentistes qui contreviendront aux dispositions du paragraphe précédent tomberont sous le coup des peines portées au deuxième paragraphe de l'article 19.

Art. 34. — La présente loi ne sera exécutoire qu'un an après sa promulgation.

Art. 35. — Des règlements d'administration publique détermineront les conditions d'application de la présente loi à l'Algérie et aux colonies et fixeront les dispositions transitoires ou spéciales qu'il sera nécessaire d'édicter ou de maintenir.

Art. 36. — Sont et demeureront abrogées, à partir du moment où la présente loi sera exécutoire, les dispositions de la loi du 19 ventôse an XI et généralement toutes les dispositions de lois et règlements contraires à la présente loi.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 30 novembre 1892.

SOCIÉTÉ DE L'ECOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

RAPPORT PRÉSENTÉ A L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 26 NOVEMBRE 1892

Par M. Tusseau,

Secrétaire général.

Messieurs,

J'ai à vous rendre compte des événements qui se sont accomplis au sein de notre Société depuis l'assemblée générale du 26 janvier dernier. Je vais tâcher de le faire en respectant scrupuleusement les faits, en ménageant autant qu'il est possible la susceptibilité de cha-

cun et en m'abstenant rigoureusement de toute appréciation personnelle. La première fois déjà, quand j'ai rempli pareille mission devant vous, je me bornai à vous relater l'histoire de l'année écoulée, sans y rien ajouter, sans en rien retrancher non plus, et sans la commenter. Mon rapport n'en fut pas moins considéré par quelques membres comme un acte d'accusation, comme un réquisitoire, comme une insulte même et on formula le souhait que ce document ne fût jamais suivi d'un autre sur le même ton. Il est probable que celui dont je vous donne lecture va déchaîner encore sur moi des anathèmes semblables et provoquer les mêmes appréciations, quelque soin que j'aie pris cependant, je le répète encore, de conserver aux faits leur rigoureuse exactitude et de me garder de juger la conduite des personnalités en cause Certes, j'aurais mieux aimé n'avoir qu'à vous rapporter les résultats de nos travaux, les succès obtenus, vous parler de nos espérances et de nos projets, sans avoir à faire intervenir nos divisions et même nos luttes ; la position dans laquelle nous avons été placés ne l'a point permis. Je le regrette profondément, mais mon devoir est de tout dire, et je n'y faillirai point.

Vous connaissez, messieurs, la situation qui nous a été créée par la reconnaissance d'utilité publique, que nous avons été assez heureux pour obtenir ; elle a déjà fait l'objet d'une assemblée semblable le 31 mai écoulé et d'un rapport qui vous a été lu et que vous avez approuvé. Depuis lors, les divers groupements que nous constituons sont séparés en deux faisceaux bien distincts :

1° D'une part, l'Association générale des dentistes de France, avec le Syndicat professionnel, la Caisse de prévoyance et le journal l'*Odontologie ;*

2° D'autre part, l'Ecole et le Dispensaire dentaires de Paris, avec la Société d'Odontologie, le Musée et la Bibliothèque.

C'est la constitution définitive de ce dernier groupement qui est l'objet de notre réunion de ce soir : elle sera complète avec l'adoption du règlement intérieur, élaboré par une commission spéciale constituée à cet effet et ratifié par le conseil d'administration, et après la constitution d'un nouveau conseil de vingt membres. Nos deux organismes doivent, en effet, être administrés chacun par un conseil du même nombre de membres, qui peuvent d'ailleurs être les mêmes pour tous les deux.

C'est à cette élection que vous allez procéder tout à l'heure. Il va sans dire qu'il vous sera rendu compte auparavant de notre situation financière et de notre situation matérielle, ce qui fait l'objet des deux rapports du trésorier et du directeur-adjoint que vous entendrez dans quelques instants.

Mais ce n'est pas seulement notre Société qui s'est trouvée réglementée, le décret du 19 février 1892 ne visant que notre groupe corporatif. Une autre réglementation plus importante, plus capitale celle-là, car elle touche à l'existence même de notre profession, a été prononcée.

Le projet de loi sur l'exercice de la médecine a été adopté par la Chambre des députés en avril 1891.

Les 17 et 18 mars dernier, ce projet amendé par la Commission sénatoriale, passait au Sénat; une deuxième délibération avait lieu les 1er, 4 et 7 avril. La Chambre, le jour de la séparation, le 13 juillet, approuvait les modifications qui y avaient été apportées, mais renvoyait deux articles à la Commission. Enfin le projet a été adopté définitivement par le Sénat il y a quelques jours.

On sait quelle situation est faite à la profession par cette loi.

Des concessions notables ont été obtenues par la Commission de réglementation que vous aviez chargée du soin de défendre vos intérêts. On peut dire que la conduite des membres de cette Commission a été au-dessus de tout éloge. Ne marchandant ni leur temps ni leurs démarches, vos délégués ne se sont jamais fatigués de harceler — le mot n'est pas trop fort — la Commission du Sénat, les sénateurs et le commissaire du gouvernement lui-même, auprès desquels, ils ont rencontré le meilleur accueil et le plus bienveillant appui ; et il n'est pas exagéré de dire que, si la loi est telle que vous la connaissez, c'est à eux que nous le devons.

C'est pour ceux qui ont l'honneur de vous représenter au Conseil d'administration un juste titre de gloire dont nous ne saurions être trop fiers.

Je vous disais tout à l'heure que notre situation budgétaire vous sera exposée en détail par notre trésorier ; mais cela ne me dispense pas, laissant de côté bien entendu tout détail de chiffres, de vous exposer en quelques mots ce que le Conseil a fait en cette matière. A la suite des élections de janvier dernier, il a été constitué, dès le 2 février, une commission des finances composée de MM. Lemerle, Gravollet, Pigis, Horay, Francis Jean, Billet et moi ; elle s'est réunie souvent et s'est livrée à un travail aussi long et aussi minutieux que pénible, consistant à vérifier toute la comptabilité depuis la création de l'École, c'est-à-dire depuis 12 ans, et à établir nettement le bilan actuel. Cette commission a nommé un rapporteur, M. Gillard, qui vous a rendu compte de ses travaux à l'assemblée du 31 mai dernier, dans un rapport que vous avez approuvé. Il vous a permis de constater qu'il a été payé cette année, d'assez grosses dettes anciennes et, en revanche, vous nous avez autorisés à tenter le recouvrement des sommes dues, souscriptions ou inscriptions. Nous avons fait plusieurs tentatives de ce genre et elles ont donné des résultats.

Mais la réglementation et l'établissement de notre situation financière n'ont pas été les seules questions dont notre Conseil de direction a eu à s'occuper. Il a dû faire face à des difficultés d'ordre intérieur plus pressantes, à des embarras plus grands et à des nécessités impérieuses dont la possibilité n'avait jamais été entrevue jusqu'ici. Je veux parler des mesures disciplinaires qu'il s'est vu dans la dure obligation de prendre vis-à-vis de certaines personnes dont les agissements irréguliers ne pouvaient être tolérés. Ces faits sont trop connus pour qu'il soit besoin d'insister longuement ; mais nous avons le devoir de vous les rappeler pour que vous jugiez de quel côté se trouvent les torts.

Il n'est un doute pour personne que l'exclusion, aux élections de

janvier dernier, d'un certain nombre de membres anciens du Conseil de direction nous a créé parmi eux et leurs amis des inimitiés violentes, qui, au début se traduisirent par un silence profond et un éloignement systématique de tout ce qui intéresse nos Sociétés. C'était leur droit et nous n'avons rien à dire, même pas pour nous en plaindre.

Nous ne mentionnons que pour mémoire, ne voulant pas remonter si loin, l'obstacle que quelques-uns d'entre eux ont essayé d'apporter à la réussite de notre séance de réouverture l'année dernière, tentative qui échoua piteusement.

En premier lieu vient l'incident de la clinique d'anesthésie. M. Ronnet était chargé, de ce service, comme assistant, tandis que M. le Dr Isch-Wall était chargé du cours. Ce dernier ayant informé le Conseil qu'il ne pouvait le continuer à cause de ses nouvelles fonctions à l'Hôpital Tenon, M. Ronnet, se trouvant seul, refusa de s'occuper de la clinique d'anesthésie. Cet état de choses dura plus d'un mois. Pour assurer ce service dans le plus bref délai M. le Dr Pinet reçut la succession du Dr Isch-Wall, avec M. Viau pour assistant. Il était bien naturel qu'on prît son jour puisqu'il était chef de service : le mardi fut choisi. Aussitôt M. Ronnet s'en formalisa et en avisa le Conseil par une lettre qui fut lue à la séance du 10 mai ; il considérait cet acte comme une révocation.

Lors de l'examen des comptes par la Commission des finances, des renseignements furent demandés à M. Ronnet, qui avait été trésorier pendant longtemps, pour expliquer certaines obscurités de comptabilité qu'il devait connaître. Vous n'ignorez point que non-seulement il n'en fournit aucun, mais qu'il ne répondit même pas à la convocation qui lui fut adressée par M. Billet, secrétaire de la Commission.

Ces derniers actes n'ayant pas une portée bien grande par eux-mêmes, nous crûmes que tout espoir de réconciliation n'était pas perdu et nous fîmes une démarche pour amener MM. Dubois et Godon à notre banquet annuel du 28 mai ; nous n'eûmes pas le bonheur de réussir. Il était donc bien certain que l'on ne voulait plus frayer avec nous.

Quelques jours après, le 14 juin, le Conseil apprenait la démission de M. Ronnet.

Malgré ces petits faits, qui témoignent évidemment sinon de l'animosité, tout au moins du mauvais vouloir et de la méfiance, nous ne désespérions pas d'arriver à une entente, quand tout à coup, parut au 1er juillet un journal ayant pour titre *Revue internationale d'Odontologie*. Ce journal était dirigé par M. Dubois, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, assisté d'un comité de rédaction composé de MM. Blocman, Chauvin, Godon, Heïdé et Papot, également professeurs, Prével et Roy, chefs de clinique. La couverture de cette publication pouvait encore laisser une illusion et faire croire qu'il s'agissait d'un simple organe scientifique destiné à servir les intérêts de la profession. Mais la lecture de la préface ne permettait plus le moindre doute à cet égard. La direction de ce journal *reprenait, après cinq mois d'interruption, la tâche commencée dans l'Odontologie ;* elle

l'a déclaré formellement. Nous n'attacherons pas grande importance à la disposition, au texte, à la justification ou aux rubriques générales de la *Revue Internationale*, qui sont pourtant les mêmes que dans l'*Odontologie*, mais nous en attacherons davantage à cette circonstance que le nouveau journal fut lancé en juillet, au moment du renouvellement et du recouvrement des abonnements de l'*Odontologie* et à ce qu'il fut adressé à tous les abonnés de celle-ci. Il s'agit bien là d'une entreprise commerciale, ayant moins pour but toutefois de produire des bénéfices que de faire une concurrence ouverte, avouée, mais qui n'en est pas moins déloyale, à l'organe officiel de l'Ecole dentaire de Paris et de le supplanter en fin de compte.

Le droit des professeurs et des chefs de clinique sus-mentionnés de faire paraître, avec leur signature, dans des journaux quelconques, des articles rémunérés ou non est entier et incontestable et leur appartient pleinement. Mais dès l'instant qu'ils créent en commun, en tant que professeurs et chefs de clinique, un journal spécial destiné à battre en brèche celui d'un établissement et d'une Société qui les payent, il est du droit et du devoir de cet établissement et de cette Société d'intervenir et d'y mettre bon ordre. C'est ce que votre Conseil de direction n'a pas manqué de faire. Dans la séance du 19 juillet, il décida de signifier aux personnes sus-nommées d'avoir à cesser toute collaboration à la *Revue Internationale d'Odontologie* dans les 48 heures et de les révoquer si elles ne déféraient pas à cette injonction ; notification de cette décision leur fut adressée. Elles y répondirent en déclarant que, s'il y était donné suite, elles se verraient dans la nécessité d'en poursuivre l'infirmation par toutes les voies de droit. C'est le 26 juillet que le Conseil prit connaissance de cette réponse ; il ne lui restait plus qu'à mettre à exécution la mesure qu'il leur avait annoncée. Toutefois, sur les observations et la proposition du Dr Thomas, le Conseil, prenant en considération les longs services passés de quelques-uns des huit membres en question et désireux, autant que faire se pourait, d'éviter une extrémité aussi rigoureuse, la révocation laissant une tache ineffaçable sur celui qu'elle atteint, décida de leur adresser une nouvelle mise en demeure de renoncer à leur collaboration à la *Revue Internationale d'Odontologie*. Le Dr Thomas lut au Conseil un projet de *mémorandum* faisant valoir les droits de celui-ci, projet qui fut adopté dans cette même séance du 26. Ce document dont vous connaissez la teneur puisqu'il a été publié, se terminait par une invitation à MM. Blocman, Chauvin, Dubois, Godon, Heïdé, Papot, Prevel et Roy d'adresser au Conseil une déclaration de renonciation à toute collaboration à ce journal et, faute par eux de le faire le 1er août au plus tard, les prévenait qu'ils seraient considérés comme démissionnaires. Il fut adressé en 8 copies manuscrites, sous pli recommandé, aux intéressés le 29 juillet. Dès le 2 août le Conseil avait leur réponse entre les mains. Ils prétendaient avoir le droit de publier la Revue susdite et déniaient au Conseil celui de leur retirer leurs fonctions à l'Ecole. C'est alors que le Conseil, *à l'unanimité*, résolut de les considérer comme démissionnaires en décidant qu'ils devraient,

à partir de ce jour, cesser d'exercer les fonctions qu'ils occupaient à l'Ecole. Toutefois, quelques jours après, M. Chauvin ayant écrit au directeur de l'Ecole une lettre conçue dans des termes injurieux, le Conseil transforma le 22 août le retrait d'emploi prononcé contre lui en une révocation pure et simple. Cette décision fut également prise à l'unanimité.

Je ne citerai que parce qu'il se place vers cette époque un incident qui témoignera une fois de plus l'état d'esprit de ceux qui nous considèrent comme des adversaires personnels. M. Ronnet, s'étant trouvé offensé par la publication dans l'*Odontologie* de septembre d'un procès-verbal relatant l'incident du cours d'anesthésie, adressa à M. Löwenthal, gérant du journal, une sommation par huissier d'en rectifier le passage qui le visait. L'affaire suit actuellement son cours devant les tribunaux.

J'ajoute, pour en finir avec ces pénibles événements, que les huit membres en question n'ont tenu et ne tiennent encore aucun compte de la mesure qui leur a été signifiée en ce qu'ils continuent depuis cette époque d'accompagner leurs noms dans la *Revue Internationale d'Odontologie* des titres de professeurs et de chefs de clinique qui leur ont été retirés. Aussi le Conseil a-t-il décidé, le 13 septembre, d'exercer des poursuites judiciaires contre eux pour les contraindre à n'en plus faire usage.

Telle est, dans toute son exactitude, la série de ces regrettables incidents que nous n'avons pas provoqués, que nous avons dû subir et dont nous avons eu à nous occuper, au détriment parfois de la gestion des intérêts si sérieux que vous nous avez confiés. Depuis dix mois on peut dire que votre Conseil a été en butte à l'opposition la plus vive, à l'obstruction la plus acharnée. Que ceux qui s'en sont rendus coupables en supportent toute la responsabilité !

Une des conséquences les plus immédiates et les plus graves de cet état de choses, c'était le vide considérable qui se trouvait pratiqué dans le corps enseignant. Du jour au lendemain l'Ecole se voyait privée de plusieurs bons professeurs et chefs de clinique. Je vous ai dit en commençant que ce rapport ne contiendrait aucune appréciation personnelle. J'espère qu'on ne considèrera pas comme telle une opinion que je ne suis pas seul à avoir et que la sincérité m'oblige à émettre, sûr en cela de rencontrer votre approbation à tous, de quelque côté que vous soyez rangés. On ne peut s'empêcher de reconnaître que les serviteurs dont l'Ecole était obligée de se séparer étaient des hommes compétents, tout à fait à la hauteur de leurs fonctions, qu'ils remplissaient avec intelligence et même avec distinction les postes du corps enseignant qui leur avaient été dévolus. Une longue pratique de ces fonctions et de leur profession, ainsi que des connaissances techniques étendues, avait fait d'eux des maîtres dont on se plaisait à suivre l'enseignement et les conseils. Leur succession était lourde à prendre. Il fallait cependant y pourvoir. Des concours furent ouverts successivement : 1° le 19 octobre pour trois places de professeurs suppléants de clinique et trois places de professeurs suppléants de dentisterie opératoire ; 2° le 16 pour deux

places de professeurs suppléants d'anatomie et de pathologie dentaire. A la suite de ces concours, qui ont donné de très bons résultats, MM. Bonnard, Martinier et Touchard ont été nommés professeurs suppléants de clinique, M. Barrié, professeur suppléant de dentisterie opératoire, et M. Sauvez, professeur suppléant d'anatomie dentaire, de sorte que le corps enseignant est presque au complet actuellement.

C'est grâce à cette mesure que le fonctionnement régulier des diverses branches de l'enseignement est assuré et que la reprise des cours a pu se faire dans des conditions normales. Notre personnel enseignant est assez nombreux maintenant pour que les 90 élèves inscrits aujourd'hui pour l'année scolaire 1892-1893 ne puissent même pas s'apercevoir du changement survenu. La séance de réouverture a eu lieu avec le même éclat que précédemment et le souvenir de cette solennité toute familiale est encore trop vivant pour que j'aie besoin de m'y arrêter plus longtemps.

Sur le terrain scientifique notre Société d'Odontologie tient toujours ses séances, qui sont très suivies et dans lesquelles on présente des communications sérieusement étudiées qui dénotent, en même temps que des connaissances profondes chez leurs auteurs, une somme de travail qui mérite des encouragements.

Quant au Musée, il s'enrichit chaque jour de pièces nouvelles et on peut prévoir l'époque peu éloignée où les vitrines pourtant si vastes qui nous entourent ne suffiront plus à contenir toutes les richesses qui nous sont offertes.

On en peut dire autant de la Bibliothèque, avec cette différence que le local est déjà trop exigu pour les nombreuses publications qui l'encombrent. Il devient urgent, de ce côté, si l'agrandissement n'est pas possible, de choisir une pièce plus spacieuse pour les recueillir.

Ainsi, de quelque côté que l'on tourne les yeux, on ne peut en somme rencontrer qu'un spectacle favorable : prospérité matérielle et scientifique, progrès et succès, ces quatre mots résument le bilan de l'Ecole pour l'année 1892. La prospérité matérielle, les chiffres qui vont vous être communiqués la prouvent surabondamment, la prospérité scientifique résulte de l'intérêt de nos réunions mensuelles, le progrès provient du développement constant de notre société. Quant aux succès, ceux que nous avons obtenus cette année par la reconnaissance d'utilité publique, sur la réglementation, par des distinctions honorifiques, des nominations administratives et une mission officielle, ils sont trop connus de chacun pour qu'il soit nécessaire d'y revenir. Mais si cet état de choses existe, il ne faut pas oublier à qui on le doit. Vous avez à la tête de votre société un Conseil de direction à qui en revient tout le mérite.

Au lieu d'affecter des airs de supériorité et des allures d'indépendance, il a su se concilier des sympathies et rencontrer des appuis qui lui avaient fait défaut jusque-là. L'aménité est une qualité que tout le monde ne possède pas, et, quand on a besoin de plus puissant que soi, il convient de se gagner des bonnes grâces.

Certes, votre Conseil, ne trouve pas bien considérable le bagage qu'il vous apporte, il a peu fait quoiqu'il ait beaucoup travaillé ;

mais s'il n'a pas réussi à produire plus, c'est que la route qu'il suivait était hérissée de difficultés ; c'est qu'à chaque pas il fallait se frayer un chemin à travers mille obstacles sans cesse renaissants. Son mérite sera surtout d'avoir débarrassé la voie et de l'avoir rendue praticable, et il est assez grand pour qu'on le reconnaisse.

Je vous disais, en commençant, que la Société civile devra dorénavant être représentée par un Conseil de direction distinct de celui de l'Association, mais pouvant comprendre les mêmes membres ; c'est ce Conseil que vous êtes appelés à élire ce soir. Si le Conseil actuel s'est cru autorisé en tant que représentant les deux Sociétés à diriger jusque là l'Ecole et le Dispensaire, il l'a fait pour agir au mieux de leurs intérêts, mais aujourd'hui que tout est en état, il juge nécessaire de vous remettre ses pouvoirs. C'est même cette nécessité de laisser au nouveau Conseil une voie absolument libre et une situation parfaitement nette qui n'a pas permis de tenir cette assemblée générale fin septembre ou au commencement d'octobre, ainsi qu'on l'avait pensé tout d'abord. C'est à vous, membres de la Société, c'est à vous électeurs, qui êtes juges souverains, de nous dire par vos votes si vous êtes satisfaits de la façon dont nous avons géré les intérêts que vous avez placés entre nos mains. Quelle que soit votre décision, nous l'accepterons sans protester, en nous y soumettant loyalement, avec la conviction d'avoir fait notre devoir et de laisser à nos successeurs, si vous nous en donnez, un terrain dégagé d'obstacles et une ère de calme, affranchie des luttes répétées que nous avons eu à soutenir.

AUX MEMBRES CORRESPONDANTS DE LA SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

Quelques membres de la Société habitant la province se sont émus du retrait du droit de vote dans les assemblées générales prononcé contre eux par les statuts approuvés suivant décret du 19 février 1892 et se demandent de quelle nature sont les prérogatives qui leur restent, maintenant que celle-ci n'existe plus à leur profit.

Il importe donc de les renseigner à cet égard et de leur faire connaître, une fois encore, la situation créée à la Société par la reconnaissance d'utilité publique.

Comme conséquence de celle-ci, il a été imposé à la Société qui en a été l'objet, des statuts élaborés par le Conseil d'Etat et le ministère de l'Intérieur. Ces statuts, qui contiennent des clauses communes à toutes les Sociétés existant sur le territoire français, portent, entre autres conditions, que, dans les assemblées générales, les membres titulaires (voir art. 2 des statuts) ont seuls le droit de vote. C'est là une stipulation qui, nous le répétons, a été *imposée* à la Société et qu'il n'était au pouvoir de personne de faire écarter. C'était à prendre ou à laisser, mais alors en renonçant aussi forcément au bénéfice de la reconnaissance d'utilité publique qui a été, pendant douze ans, l'objet des vœux réitérés des divers Conseils de direction, approuvés par toutes les assemblées générales qui ont eu lieu depuis cinq ou six ans.

Les bienfaits de cette reconnaissance sont trop connus et ont été déjà mentionnés assez de fois pour qu'il ne soit pas nécessaire d'y revenir longuement. Depuis le décret du 19 février 1892, la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris possède, en effet, l'existence civile; elle est apte à recevoir les dons, legs et souscriptions, à transmettre et à acquérir, etc., etc. C'est, de plus, une sorte de notoriété que lui vaut l'estampille officielle et enfin une récompense de ses services passés. Il est donc acquis que cette reconnaissance est un bien pour notre Ecole.

Maintenant, puisque les membres habitant la province n'ont plus le *droit de vote* dans les assemblées générales, quelle sera leur situation?

D'abord, ils pourront continuer d'assister à ces réunions, d'y présenter des motions, d'y prendre la parole et d'y discuter les affaires de la Société, au même titre que les autres membres. Ils auront, comme actuellement, la porte de l'Ecole grande ouverte pour assister aux cliniques et aux démonstrations pratiques qui sont faites.

De plus, ils font partie de la *Société d'Odontologie*, en conservant les avantages dont ils jouissaient antérieurement au décret du 19 février, qui n'a rien changé à cet égard. Ils pourront donc venir aux séances, faire des communications, des présentations et prendre part aux élections du bureau de celle-ci.

Voilà pour la Société de l'Ecole. Pour ce qui est de l'Association générale des dentistes de France, les membres de province conservent leurs droits et prérogatives comme auparavant.

L'assemblée générale aura lieu, comme tous les ans, au mois de janvier, et tous les membres, qu'ils soient de Paris, de la province ou de l'étranger, pourront y prendre part et ont le droit de vote comme précédemment.

Ce qui a fait naître une confusion dans l'esprit des membres de province, c'est l'obligation dans laquelle nous nous sommes trouvés de faire une division de notre groupe. Actuellement tous les membres de l'Association générale des dentistes de France font partie de deux Sociétés :

1° L'Association générale des dentistes de France;

2° La Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris (reconnue d'utilité publique).

La première comprend : la Chambre syndicale des dentistes, la Caisse de prévoyance et le journal l'*Odontologie*; la deuxième comprend : l'École et le Dispensaire, la Société d'Odontologie, le musée et la bibliothèque.

En résumé, les membres de province de notre groupement continuent à bénéficier des avantages qui leur sont attribués et ne perdent *que le seul droit de vote* dans l'assemblée générale de la Société de l'École, assemblée qui aura lieu tous les ans environ un mois avant l'ouverture de l'année scolaire. C'est assez dire que leur situation n'est pas amoindrie, si l'on considère surtout, qu'à de rares exceptions près, peu d'entre eux assistent aux assemblées générales en raison de leur éloignement. J. TUSSEAU.

NOUVELLES

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs la collaboration à l'*Odontologie* de M. le Dr Bargnoni, de Rome, président de la société *l'Union dentaire italienne.* Le Dr Bargnoni a été un des principaux promoteurs de la réglementation de l'art dentaire en Italie, votée il y a quelques mois, et il est l'auteur des rapports présentés aux Chambres à cette occasion.

M. le Dr Bargnoni nous a fait l'honneur de venir à notre Ecole, en septembre dernier, ainsi que nous l'avons déjà mentionné. Il a visité plusieurs jours de suite la clinique et s'est beaucoup intéressé aux divers fonctionnements de notre association, nous annonçant qu'il comptait prendre pour modèle notre syndicat, la bibliothèque, le musée, etc.

En quittant Paris, il a dit à MM. Viau et Francis Jean qu'il comptait bien les revoir, ainsi que d'autres de leurs collègues, au congrès de Rome de 1893 et a déclaré qu'il serait très heureux, pour continuer nos relations confraternelles, de devenir membre correspondant de notre journal. Nous aurons prochainement occasion de publier sa première *lettre de Rome.*

Dans l'assemblée générale annuelle de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris qui a eu lieu 26 le novembre, il a été procédé à l'élection de 20 membres devant en composer le Conseil de Direction. MM. Lemerle, Paulme, Gillard, Tusseau, Billet, Horay, Touchard, Martinier, Poinsot, Francis Jean, Viau, Bertrand, Billebaut, Bonnard, Gravollet, Löwenthal, Barrié, Denis, Sauvez et Quincerot ont été élus.

Le nouveau Conseil s'est réuni le mardi 29 novembre et a procédé à la nomination de son Bureau et de diverses commissions.

Le Bureau est ainsi composé :

	MM.		MM.
Secrét. des Séances	Martinier.	*Secrétaire Général*	J. Tusseau.
Président........	P. Poinsot.	*Trésorier........*	G. Viau.
Vice-Président....	Gillard.	*Conserv. du Musée.*	Löwenthal.
—	Lemerle.	*Direct. de l'Ecole.*	Poinsot.
Bibliothécaire....	le Dr Thomas	*Directeur adjoint.*	Gillard.

La Commission d'enseignement comprend: MM. Poinsot, Gillard, Lemerle, Viau, Dr Thomas.

La Commission des examens : MM. F. Jean, Horay, Barrié, Em. Denis, Sauvez.

La Commission des finances et de revision des comptes : MM. Gillard, Viau, Tusseau, Martinier, Bertrand, Billet.

La Commission des fêtes : MM. Billebaut, Bertrand, Paulme.

Nous annonçons avec plaisir que M. Alaux, chirurgien-dentiste à Toulouse, vient d'être l'objet d'une distinction honorifique. Le Roi de Portugal l'a nommé chevalier de l'ordre du Christ. (Décret ap-

prouvé par le gouvernement français en date du 19 novembre 1892.)

Nos félicitations les plus sincères à notre confrère.

Nous sommes heureux d'apprendre que l'éminent doyen de la Faculté de médecine, — dont le rôle dans la discussion de la loi a été si apprécié de la profession tout entière, — vient d'être nommé membre de l'Académie des Sciences.

Qu'il nous permette de lui exprimer, à cette occasion, nos félicitations les plus sincères.

TABLE MÉTHODIQUE
DES MATIÈRES

TRAVAUX ORIGINAUX

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

REVUE DE L'ÉTRANGER

RÉGLEMENTATION

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

ASSOCIATION GENERALE DES DENTISTES DE FRANCE ET SOCIETE CIVILE DE L'ECOLE ET DE L'HOPITAL DENTAIRES DE PARIS

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

MISCELLANEA

BIBLIOGRAPHIE

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

INDEX ALPHABÉTIQUE

ERRATA

Les corrections suivantes nous sont arrivées trop tard pour être insérées dans le dernier numéro :

Page 517,	au lieu de	*puncture*	lire	*piqûre.*
— 518	—	*vaisseaux*	—	*nerfs.*
— 518	—	*corruption*	—	*infection.*
— 518	—	*couverte*	—	*découverte.*
— 519	—	*le cas contraire*	—	*ce cas.*
— 519	—	*la clarté*	—	*le calibre.*
— 522	—	*dévitalisation*	—	*désorganisation.*
— 522	—	*dévitalisée*	—	*désorganisée.*

RECTIFICATION

En réponse à l'entrefilet paru dans notre dernier numéro, page 534, nous avons reçu une protestation de MM. Blocmann et Godon contre toute ingérence de leur part dans la rédaction de la note publiée par *le Petit Journal*. — Dont acte.